

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR  
CHLOÉ VALADE

L'AUTOCOMPASSION : EXPLORATION DE SON UTILISATION ET DE SES  
BÉNÉFICES POUR LES ERGOTHÉRAPEUTES CLINICIENS TRAVAILLANT AVEC UNE  
CLIENTÈLE PRÉSENTANT DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

DÉCEMBRE 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

## REMERCIEMENTS

D'abord, je tiens à remercier chaleureusement Mme Lyne Desrosiers, ma directrice d'essai. Dès le début, elle a su m'inspirer, me motiver et croire en mes idées. Je tiens aussi à la remercier pour son soutien et ses encouragements à travers cette belle réalisation qu'est mon essai. Son écoute et sa confiance m'ont réellement permis de profiter de cette expérience d'apprentissage enrichissante. Je la remercie aussi de m'avoir guidé dans l'approfondissement de mes réflexions tout au long de ce projet. Je ne serais jamais parvenu à un tel résultat sans son aide.

Je souhaite aussi remercier mes participantes pour leur temps, leur intérêt ainsi que leur confiance. Sans leur précieuse collaboration au sein de mon projet, rien de tout ceci n'aurait été possible.

Un énorme merci à ma famille, à mes amis et à toute personne qui a pu, de près ou de loin, me soutenir et m'encourager tout au long de mes études universitaires. Vous avez tous contribué à votre manière à la poursuite de mon rêve qu'était de devenir ergothérapeute. Je suis fier d'avoir effectué un si beau parcours universitaire et d'en ressortir aussi épanoui.

Finalement, merci à tous les membres du corps professoral du département d'ergothérapie de nous avoir partagé votre passion pour l'ergothérapie. Vous avez su faire de nous des professionnels remarquables et qui sont réellement prêts à entamer cette nouvelle aventure.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES FIGURES.....	ii
RÉSUMÉ.....	vi
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	<del>23</del>
3. RECENSION DES ÉCRITS .....	6
3.1. L'ergothérapie.....	6
3.1.1. Volet santé mentale .....	6
3.2. L'épuisement professionnel.....	7
3.2.1. Stress des ergothérapeutes .....	8
3.2.2. Charge émotionnelle des ergothérapeutes .....	10
3.2.4. Effet du stress et de l'épuisement professionnel sur la santé et la pratique des cliniciens.....	12
3.3. L'autocompassion .....	13
3.3.1. Définition de l'autocompassion.....	<del>13</del> 14
3.3.1.1. Bienveillance envers soi.....	14
3.3.1.2. Humanité commune .....	14
3.3.1.3. Pleine conscience .....	15
3.3.2. Les bienfaits généraux de l'autocompassion.....	15
3.3.3. Bienfaits professionnels de l'autocompassion .....	17
3.4. Absence de connaissances sur l'autocompassion .....	19
4. QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	20
5. CADRE CONCEPTUEL .....	21
5.1 Modèle conceptuel de l'autocompassion.....	21
5.1.1. Antécédents de l'autocompassion .....	22
5.1.2. Attributs de l'autocompassion.....	23
5.1.3. Conséquences de l'autocompassion .....	25
6. MÉTHODE.....	26
6.1 Devis de recherche .....	26
6.2 Participants.....	26
6.3 Recrutement des participants.....	26

6.4 Collecte des données .....	27
6.5 Analyse des données .....	28
6.6 Considérations éthiques.....	28
7. RÉSULTATS.....	29
7.1. Caractéristiques des participants .....	29
7.2. Défis de la pratique générateurs de charge émotionnelle .....	30
7.2.1. Défis reliés à la souffrance du client .....	30
7.2.2. Défis reliés à l'attitude du client.....	31
7.2.3. Défis reliés à la confrontation de l'identité personnelle et professionnelle .....	32
7.2.4. Défis reliés aux aspects organisationnels et contextuels de la pratique.....	33
7.3 Utilisation de l'autocompassion.....	34
7.3.1. Prise de conscience de la souffrance .....	35
7.3.2. Acceptation et normalisation du vécu émotionnel .....	36
7.3.3. Prendre soin de soi.....	36
7.3.4. Pleine conscience et conscience équilibrée de l'état émotionnel.....	37
7.4. Bienfaits de l'autocompassion .....	39
7.4.1. Bienfaits personnels.....	39
7.4.1.1. Connexion à ses émotions .....	39
7.4.1.2. Acceptation de soi et de ses émotions.....	40
7.4.1.3. Augmentation de la capacité à prendre soin de soi.....	41
7.4.1.4. Respect de ses besoins et limites .....	42
7.4.2. Bienfaits professionnels.....	43
7.4.2.1. Augmentation du bien-être au travail .....	43
7.4.2.2. Augmentation de la qualité des interventions .....	44
8. DISCUSSION.....	46
8.1.1. Charge émotionnelle des ergothérapeutes .....	46
8.1.2. Utilisation de l'autocompassion .....	50
8.1.3. Bienfaits de l'utilisation de l'autocompassion .....	51
8.2. Implication pour la pratique en ergothérapie.....	54
8.3. Avenues pour la recherche.....	55
8.4. Forces et limites de l'étude .....	56
9. CONCLUSION.....	58

RÉFÉRENCES .....	59
ANNEXE A COMMUNIQUÉ POUR LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS .....	64
ANNEXE B CANEVAS D'ENTREVUE.....	65
ANNEXE C CERTIFICAT ÉTHIQUE .....	66
ANNEXE D FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT .....	67

## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle conceptuel de l'autocompassion de Reyes (2012) .....	21
Figure 2.	Types de défis inhérents à la pratique étant générateurs de charge émotionnelle.....	30
Figure 3.	Cycle de l'utilisation de l'autocompassion.....	34
Figure 4.	Bienfaits reliés à l'utilisation de l'autocompassion.....	39

## RÉSUMÉ

**Problématique :** La prévalence des cas d'épuisement professionnel est en hausse chez les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux depuis les dernières années. Les ergothérapeutes ne font pas exception à cette problématique. Étant donné l'importance des conséquences de l'épuisement professionnel, il est nécessaire de trouver des solutions. L'autocompassion semblerait être un outil pertinent pour réduire le stress et favoriser le bien-être des professionnels. Les bienfaits de son utilisation pour les ergothérapeutes n'ont toutefois jamais été explorés dans la littérature. Il serait donc pertinent d'explorer si l'autocompassion peut avoir des bienfaits sur la charge émotionnelle vécue par les ergothérapeutes travaillant en santé mentale en lien avec leur pratique clinique. **Objectif :** Explorer les sources de charge émotionnelle vécues par les ergothérapeutes travaillant en santé mentale, l'utilisation de l'autocompassion face à ces défis ainsi que les bienfaits qu'ils peuvent en retirer face à leur pratique clinique. **Cadre conceptuel :** Le cadre conceptuel utilisé dans le cadre de cet essai est le Modèle conceptuel de l'autocompassion de Reyes. **Méthode :** Un devis descriptif qualitatif a été utilisé afin de répondre à l'objectif de cette recherche. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'entrevues individuelles de types semi-structurées après de six ergothérapeutes travaillant en santé mentale et utilisant l'autocompassion pour eux-mêmes dans leur cadre de leur pratique clinique. **Résultats :** Les données recueillies suggèrent que les ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant des troubles de santé mentale vivent des enjeux et une charge émotionnelle en lien avec la souffrance des clients, l'attitude des clients, la confrontation de leur identité professionnelle et personnelle ainsi que les aspects organisationnels et contextuels de leur pratique. Les résultats illustrent aussi l'utilisation de l'autocompassion comme étant un processus continu de quatre étapes. Il s'agit de la prise de conscience de la souffrance, de l'acceptation et la normalisation du vécu émotionnel, de prendre soin de soi et enfin d'atteindre une conscience plus équilibrée de l'état émotionnel dans les occupations. Les données suggèrent aussi que l'autocompassion apporte des bienfaits tant au plan personnel (connexion à ses émotions, acceptation de soi et de ses émotions, augmentation de la capacité à prendre soin de soi et respect de ses besoins et limites) que professionnel (augmentation du bien-être au travail et de la qualité des interventions). **Discussion :** L'exposition des ergothérapeutes travaillant en santé mentale à la souffrance des clients leur apporte une importante charge émotionnelle et pourrait les rendre susceptibles de vivre une fatigue de compassion. La mise à l'épreuve de la réalité vécue par les clients en ergothérapie et leurs difficultés de gestion des émotions peut aussi contribuer à cette charge émotionnelle. Les ergothérapeutes auraient tendance à remettre en question leur identité professionnelle et personnelle lorsqu'ils observent peu d'amélioration dans la réadaptation de leur client, ce qui est rehaussé par la proximité du lien thérapeutique en ergothérapie. Étant donné la complexité des processus en jeu dans l'utilisation de l'autocompassion, sa conceptualisation reste encore une esquisse. L'autocompassion apporte de multiples bienfaits aux ergothérapeutes face à leur pratique clinique. En plus d'augmenter l'ouverture, l'acceptation et la bienveillance envers eux-mêmes, il permet une augmentation du respect des besoins et limites du clinicien, favorisant alors le renforcement de leur identité professionnelle. Il augmente aussi le bien-être au travail et la qualité des interventions des ergothérapeutes. **Conclusion :** Cette étude propose que l'autocompassion aurait plusieurs bienfaits pour les ergothérapeutes travaillant en santé mentale face à la charge émotionnelle vécue en lien avec leur pratique clinique. Dans une optique de diminution du stress et de prévention de l'épuisement professionnel, l'instauration d'une formation dans le cheminement universitaire des futurs ergothérapeutes semblerait une avenue intéressante.



**Mots clés :** Autocompassion, épuisement professionnel, bien-être, prendre soin de soi, professionnels de la santé.

## ABSTRACT

**Background :** The prevalence of burnout has been increasing among health and social service workers in recent years. Occupational therapists are no exception to the problem. Given the importance of the consequences of burnout, it is necessary to find solutions. Self-compassion would seem to be useful to reduce stress and promote the well-being of professionals. The benefits of using self-compassion for occupational therapists have never been explored in the literature. It is therefore interesting to explore whether self-compassion can have an impact on the emotional burden experienced by occupational therapists working in the mental health field related to their clinical practice. **Objective:** To explore the sources of emotional stress experienced by occupational therapists working in mental health, the way they use self-compassion in dealing with these challenges and the benefits it can bring to their clinical practice. **Framework:** The conceptual framework used in this essay is Reyes' Conceptual Model of Self-Compassion. **Method:** A qualitative descriptive design was used in order to meet the objectives of this research. The data collection was conducted using semi-structured individual interviews with six occupational therapists working in mental health and using self-certification for themselves as part of their clinical practice. **Results:** The data collected suggests that occupational therapists working with clients with mental health problems experience issues and emotional pressures related to client suffering, client attitudes, confrontation of their professional and personal identity, and the organizational and contextual aspects of their practice. The results also illustrate the use of self-compassion as a continuous four-step process: awareness of suffering, acceptance and normalization of emotional experience, taking care of oneself and finally achieving a more balanced awareness of the emotional state in the occupations. This study also suggests that self-compassion brings personal benefits (connection to one's emotions, self-acceptance and emotions, increased self-care and respect for one's needs and limitations) and professional benefits (increased well-being at work and the quality of interventions) to occupational therapists who use it. **Discussion:** The exposure of occupational therapists working in the mental health field to the suffering of clients brings them significant emotional burdens and may make them susceptible to compassion fatigue. The confrontation with the reality experienced by occupational therapy clients and their emotional management difficulties can also contribute to this emotional burden. Occupational therapists also tend to question their professional and personal identity when they observe little improvement in their client's rehabilitation, which is enhanced by the proximity of the therapeutic relationship between the occupational therapist and his client. Given the complexity of the processes involved in the use of self-compassion, its conceptualization is still only a sketch. Self-compassion brings multiple benefits to occupational therapists in their clinical practice. In addition to increasing openness, acceptance and kindness towards themselves, it allows an increase in the respect of their needs and limits, thus promoting the strengthening of their professional identity. It also increases the well-being at work and the quality of the interventions of occupational therapists. **Conclusion:** This study proposes that self-compassion have several benefits for occupational therapists working in mental health fields in the reduction of the emotional burden they can experience in their clinical practice. It could also be relevant to use to reduce stress and prevent burnout. The introduction of training in the academic course of future occupational therapists would seem to be an interesting option.

**Key words:** Self-compassion, burnout, well-being, self-care, healthcare professionals.

## 1. INTRODUCTION

La prévalence des cas d'épuisement professionnel chez les travailleurs au sein du réseau de la santé et des services sociaux est en hausse depuis les dernières années (Association canadienne pour la santé mentale, 2017). Effectivement, plusieurs facteurs de risque reliés à la détresse psychologique et à l'épuisement professionnel tendent à être de plus en plus présents dans la réalité des travailleurs du réseau, tel que le contexte de ressources réduites qui apporte une surcharge de travail ainsi que l'obligation de maintenir un rythme de travail et un niveau de productivité élevé par exemple (Association canadienne pour la santé mentale, 2017). Étant donné l'importance des conséquences de l'épuisement professionnel il apparaît primordial de trouver des solutions pour assurer leur santé et leur bien-être. En effet, l'épuisement professionnel aurait comme conséquences de diminuer l'attention et la concentration des cliniciens, nuirait à leur capacité à prendre des décisions, diminuerait l'efficacité de leur communication et contribuerait à plusieurs problèmes de santé physique tels que la fatigue, l'insomnie, les problèmes de cœur, la dépression ainsi que l'obésité (Miller, Stiff, & Ellis, 1988; Salvagioni & al., 2017; Raab, 2014). Il serait même relié à une diminution de la satisfaction des patients face aux soins offerts, à une diminution de l'efficacité des soins ainsi qu'à une augmentation du temps de récupération chez les patients (Delgadillo, Saxon & Barkham, 2018; Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004).

Or, l'autocompassion, une approche découlant de la thérapie cognitivo-comportementale, tend à gagner en popularité depuis quelques années en raison de ses nombreux bienfaits en lien avec la diminution du stress et la gestion de l'anxiété (Raab, 2014; Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017). Cette étude vise donc à explorer l'utilisation de l'autocompassion par les ergothérapeutes travaillant auprès de patients présentant des troubles de santé mentale pour diminuer la charge émotionnelle qu'ils peuvent vivre en lien avec leur pratique ainsi que les bienfaits qu'ils en retirent. Cette population a été ciblée étant donné que je me prépare à devenir ergothérapeute et que l'autocompassion est déjà utilisée en ergothérapie comme outil de réadaptation offert aux clients présentant des troubles de santé mentale.

Cet essai est divisé en plusieurs sections. D'abord la problématique permet de comprendre la réflexion qui a mené à la question de recherche en faisant la démonstration de la pertinence de

cette question. Ensuite, la recension des écrits définit plus en profondeur les éléments nécessaires pour bien comprendre cette problématique et pour faire état des connaissances présentes dans la littérature à ce jour. Cette section aborde donc la profession de l'ergothérapie, l'épuisement professionnel ainsi que ses conséquences, la charge émotionnelle vécue par les ergothérapeutes, les fondements de l'autocompassion ainsi que ses bienfaits. Par la suite, la question de recherche et les objectifs de l'étude sont exposés. Le cadre conceptuel utilisé pour guider cette recherche ainsi que la méthode utilisée, seront aussi présentés. Les résultats de cette étude seront enfin exposés et discutés en regard du cadre conceptuel ainsi qu'en comparaison des résultats d'autres études documentées dans les écrits. Finalement, les forces et limites de cette étude, des pistes de recherche futures ainsi que les conséquences de l'étude pour la pratique de l'ergothérapie seront abordées.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

La problématique de la santé mentale des travailleurs est devenue un véritable enjeu de société et fait aujourd'hui l'objet d'une multitude d'études ainsi que de statistiques alarmantes

(Vézina, Bourbonnais, Marchand & Arcand, 2008). L'épuisement professionnel, aussi connu sous le nom de *burnout*, est effectivement un phénomène qui a fait couler beaucoup d'encre durant les dernières années étant donné la hausse importante des cas observés chez les travailleurs québécois. En effet, selon une enquête sur la santé au travail et la santé mentale des adultes québécois effectuée par Vézina, Bourbonnais, Marchand et Arcand (2008), le nombre de réclamations acceptées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) en lien avec le stress, l'épuisement professionnel ou d'autres facteurs psychologiques a plus que doublé entre 1990 et 2005. Ce nombre serait effectivement passé de 530 à 1213 réclamations acceptées, alors que les indemnités de revenus auraient presque décuplé, passant de 1,5 à 12 millions de dollars. Selon les plus récents rapports de la CNESST (2017), 1032 réclamations ont été acceptées en 2015 pour lésions attribuables au stress en milieu de travail, s'élevant à un total de plus de 15 millions de dollars pour une moyenne de 175,4 jours d'absence par travailleur indemnisé. Il s'agit donc d'une problématique qui engendre des coûts importants.

Les professionnels de la santé ne sont pas à l'abri de ce phénomène, au contraire ils représenteraient une importante partie des cas d'épuisement professionnel (Raab, 2014). Selon Tackett (2018), cette augmentation significative d'épuisement chez les professionnels de la santé s'expliquerait en partie par l'augmentation de leurs heures et de leur charge de travail dans les dernières années, par l'augmentation de la pression exercée par les institutions en lien avec les économies de coûts et la réglementation ainsi que par les attentes grandissantes du public face à ces professionnels. Étant assujettis à ces conditions de travail, les ergothérapeutes pourraient ainsi être vulnérables à l'épuisement professionnel. La nature de leur travail ainsi que leur rôle professionnel pourraient aussi contribuer à cette vulnérabilité. En effet, les ergothérapeutes ont comme tâche principale de favoriser l'autonomie, la qualité de vie, l'intégration sociale et l'adéquation du milieu de vie face aux besoins de leurs clients, qu'ils soient vus en lien avec un problème de santé physique ou de santé mentale (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2019). Ainsi, étant donné leur rôle, les ergothérapeutes travaillent avec une clientèle vulnérable pouvant souvent présenter des sentiments de désespoir, de détresse et de découragement en raison de leur perte d'autonomie et des privations occupationnelles qu'ils vivent (Polatajko & al., 2013). On peut alors croire que leur pratique serait reliée à une charge émotionnelle associée aux défis qu'ils

peuvent rencontrer ainsi qu'à leur devoir et leur désir empathique profond d'aider leurs clients à retrouver cette autonomie et cette qualité de vie.

Les conséquences associées à l'épuisement professionnel sont multiples. Elles peuvent se traduire par une augmentation de l'absentéisme au travail (Salvagioni & al., 2017), par une diminution de l'attention et de la concentration (Raab, 2014) ou même par une augmentation des problèmes de santé (maladies mentales, coronariennes, respiratoires, gastro-intestinales, etc.) (Salvagioni & al., 2017). L'épuisement professionnel serait même associé à une diminution de la satisfaction des clients face aux soins reçus ainsi qu'à une diminution de l'efficacité des soins prodigués par les professionnels (Delgadillo, Saxon & Barkham, 2018; Irving, Dobkin & Park, 2009; Raab, 2014; Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004). Ainsi, l'épuisement professionnel peut mener à une diminution de la qualité des services offerts au sein du système de santé ainsi qu'engendrer des coûts importants. En dépit de la prévalence de la problématique de l'épuisement professionnel et les conséquences considérables qui y sont reliées, tant au niveau personnel, professionnel que sociétal, encore trop peu de stratégies de prévention sont mises à la disposition des ergothérapeutes.

Or, l'autocompassion serait un outil efficace et qui aurait des bienfaits significatifs pour diminuer la charge émotionnelle ainsi que l'épuisement professionnel. Effectivement, plusieurs auteurs démontrent que l'utilisation de l'autocompassion diminuerait le stress (Benzo, Kirsch & Nelson, 2017), ainsi que l'épuisement professionnel et les effets négatifs qui y sont associés (Raab, 2014; Boellinghaus, Jones & Hutton; 2012; Raab, Sogge, Parker & Flament, 2015; Scarlet, Altmeyer, Knier & Harpin, 2017). Aussi, selon la majorité des articles recensés à ce sujet, l'autocompassion aurait le potentiel d'augmenter le bien-être, la satisfaction face à la vie et les affects positifs tels que l'optimisme ainsi que le bonheur chez les professionnels de la santé (Benzo, Kirsch & Nelson, 2017; Boellinghaus, Jones & Hutton; 2012; Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017; Raab, 2014; Raab, Sogge, Parker & Flament, 2015). Les bienfaits de l'autocompassion sur le bien-être et le bonheur découleraient entre autres d'une augmentation de la résilience face aux situations difficiles (Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017), étant à son tour rendue possible par l'augmentation de la compassion pour soi et l'acceptation du vécu émotionnel que permet l'autocompassion.

Malgré l'abondance d'études existantes au sujet de l'autocompassion et de ses bienfaits, très peu d'écrits explorent son utilisation par les professionnels du domaine de la réadaptation ainsi que les bienfaits qu'ils peuvent en retirer. Ainsi, il s'avère pertinent d'explorer si les ergothérapeutes cliniciens travaillant avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale qui utilisent l'autocompassion en retirent des bénéfices face à leur pratique clinique afin de mieux comprendre si ces bénéfices peuvent être pertinents dans une perspective de prévention de l'épuisement professionnel. La section suivante fera état d'une recension des écrits permettant de mieux comprendre les différents éléments de cette problématique.

### **3. RECENSION DES ÉCRITS**

Cette section recense les diverses connaissances nécessaires pour comprendre le phénomène de l'épuisement professionnel ainsi que l'autocompassion et les bienfaits potentiels qui y seraient reliés. Elle sera divisée en trois parties. La première partie présentera la profession de l'ergothérapie ainsi que les rôles du clinicien ergothérapeute. La deuxième partie traitera de l'épuisement professionnel et mettra en lumière les causes de ce phénomène chez les ergothérapeutes cliniciens ainsi que les conséquences qui y sont reliées. La troisième partie présentera finalement l'autocompassion ainsi que les bienfaits qui y sont reliés.

#### **3.1. L'ergothérapie**

L'ergothérapie est une discipline du domaine de la santé qui vise à « résoudre les problèmes qui font obstacle avec la capacité d'une personne à faire les choses qui lui sont importantes » (Association canadienne des ergothérapeutes, 2016b). Effectivement, selon l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2019), « l'ergothérapie permet aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes ». Les activités abordées par ces professionnels, aussi appelés occupations, vont des soins personnels (ex. : hygiène, alimentation, habillage), en passant par les activités de productivité (ex. : emploi, bénévolat, tâches ménagères), jusqu'aux activités de loisirs (ex. : activités sportives, activités de socialisation, lecture) (Morel-Bracq, 2017). L'ergothérapeute a donc pour mandat de favoriser l'autonomie des personnes et de favoriser leur qualité de vie, leur intégration dans la communauté ainsi que leur maintien dans un milieu de vie répondant à leurs besoins et à leurs préférences. Ce professionnel peut alors être amené à travailler dans plusieurs secteurs du système de la santé et avec plusieurs clientèles différentes. Il peut travailler avec des personnes de tout âge qui présentent des enjeux fonctionnels étant reliés soit à leur santé physique ou à leur santé mentale (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2019).

##### **3.1.1. Volet santé mentale**

Les personnes aux prises avec un problème de santé mentale tel que la dépression, l'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs, la schizophrénie, les troubles de la personnalité et les psychoses peuvent éprouver des difficultés à accomplir leurs activités quotidiennes en raison des symptômes reliés à leur condition. Ces conditions de santé peuvent aussi affecter leur capacité



d'action ainsi que leurs habiletés relationnelles et sociales. Ainsi, des interventions ergothérapiques peuvent être nécessaires pour aider une personne aux prises avec un problème de santé mentale à accomplir ses activités de façon autonome. Les objectifs visés par l'ergothérapeute travaillant en santé mentale sont généralement (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009) :

- Améliorer ou à recouvrer sa capacité à établir des relations satisfaisantes avec les autres;
- Accroître ses capacités d'adaptation à la vie en société;
- Développer ou restaurer son autonomie dans les activités quotidiennes (hygiène personnelle, entretien ménager, travail, études et loisirs);
- Développer ses ressources personnelles et ses intérêts;
- Connaître et accepter ses limites;
- Regagner sa confiance en soi et exprimer ses sentiments.

### **3.2. L'épuisement professionnel**

L'épuisement professionnel, aussi appelé le *burnout*, est défini par Maslach et Jackson (1981) comme étant un syndrome psychologique prenant source dans le stress causé par les exigences de l'emploi. Selon ces mêmes auteurs, il a comme résultat l'épuisement émotionnel, le sentiment de dépersonnalisation envers les destinataires de services et ses collègues de travail ainsi qu'une diminution du sentiment de réussite du travailleur. L'épuisement émotionnel se traduit alors comme une fatigue extrême ainsi qu'un sentiment d'être totalement vidé de ses ressources. Il est habituellement accompagné d'un épuisement psychique et physique. Le sentiment de dépersonnalisation, aussi appelé cynisme vis-à-vis le travail, décrit l'attitude détachée et négative de la personne envers son travail ainsi que l'environnement social et structurel qui s'y rattache. Cette forme de cynisme est considérée comme étant une stratégie d'adaptation de la personne envers les demandes excessives de son emploi et peut l'amener à développer des conceptions péjoratives de son environnement de travail. Finalement, l'individu vivant un épuisement professionnel sera sujet à une diminution importante du sentiment d'accomplissement professionnel ainsi qu'une dévalorisation de soi, menant au sentiment de ne pas être à la hauteur de son travail (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Selon Maslach, Schaufeli et Leiter (2001), plusieurs caractéristiques individuelles et plusieurs types de stressors peuvent amener le travailleur à être sujet à l'épuisement professionnel. Ces auteurs relèvent effectivement que les caractéristiques démographiques des

professionnels, telles que l'âge, le niveau d'expérience, le sexe, le statut marital et le niveau d'éducation peuvent influencer la prévalence de l'épuisement professionnel. Ils affirment aussi que plusieurs caractéristiques personnelles peuvent entrer en jeu telles que le besoin de contrôle, le sens de la compétition, l'estime de soi, les croyances, le style de gestion des émotions et du stress, le niveau de résistance aux émotions ainsi que les attentes de la personne envers son emploi. Ces auteurs mentionnent également que les principaux types de stressors pouvant être en lien avec l'épuisement professionnel sont les stressors liés à l'emploi (ex. : charge de travail, pression en lien avec le temps, conflit de rôle du professionnel), les stressors liés aux ressources de l'emploi (ex. : support social, pouvoir décisionnel, autonomie, information et contrôle) ainsi que les stressors liés au contexte organisationnel de travail (ex. : hiérarchies, réglementation, ressources et espace) qui, pour leur part, vont être associés à l'épuisement professionnel surtout lorsque leur distribution est inéquitable. À cela s'ajoutent les stressors liés aux clients (ex. : fréquence des contacts avec des patients ayant une maladie chronique ou en phase terminale, confrontation à la mort) ainsi que les stressors liés aux variables émotionnelles du travail (ex. : besoin d'afficher ou de supprimer des émotions au travail, besoin de faire preuve d'empathie). L'étude de Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini et Holz (2001) suggère d'ailleurs que les variables liées au travail émotionnel des professionnels prédiraient toutes les variables de l'épuisement professionnel, soit l'épuisement émotionnel, le sentiment de dépersonnalisation et la diminution du sentiment de réussite. Il augmenterait donc le stress pouvant être associé aux tâches et aux facteurs organisationnels et sociaux de l'emploi.

### **3.2.1. Stress des ergothérapeutes**

Bien qu'aucune étude n'ait été réalisée sur les stressors spécifiques à la pratique de l'ergothérapie, plusieurs stressors soulevés dans les théories développées par Maslach, Schaufeli et Leiter (2001) ayant été présentés ci-haut pourraient s'appliquer aux ergothérapeutes. En effet, comme tout professionnel de la santé, les ergothérapeutes entrent en interaction avec un large volume de patients présentant des cas complexes sur une base quotidienne et travaillent dans un environnement où les ressources sont limitées, ce qui peut engendrer du stress (Boyle, 2011; Sharma & al., 2014; Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski & Smith-MacDonald, 2017). À cela peut aussi s'ajouter le stress relié à la charge de travail et au nombre d'heures qui augmente, le niveau de revenu qui ne serait pas suffisamment élevé, l'ambiguïté de

rôles ainsi que le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur l'utilisation des ressources du milieu (Hamilton, Tran & Jamieson, 2016; McCloskey & Taggart, 2010; Tackett, 2018). La confusion du rôle de l'ergothérapeute en santé mentale a aussi été identifiée dans l'étude de Lloyd, King et Bassett (2002) comme étant un des défis principaux rencontrés par ces professionnels, ce qui s'expliquerait, selon eux, principalement par le temps passé à effectuer des tâches qui ne sont pas propres à l'ergothérapie. L'étude de Craik, Austin, Chacksfiels, Richards et Schell (1998) a effectivement relevé que les ergothérapeutes travaillant en santé mentale passaient entre 25% et 74% de leur temps à effectuer des tâches connexes à leur profession, ce qui pourrait expliquer l'ambiguïté de rôle qu'ils peuvent vivre. Dans le même ordre d'idées, selon les résultats de la revue de littérature de Brown, Schell et Pashniak (2017), les facteurs de risques les plus importants en lien avec la fatigue des ergothérapeutes sont le manque de ressources, freinant la prestation de services de qualité optimale, ainsi que l'ambiguïté de rôle de ces professionnels en santé mentale et les conflits que cela peut créer dans l'équipe soignante.

De la même façon, plusieurs études (Hamilton, Tran & Jamieson, 2016; Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski & Smith-MacDonald, 2017; Tackett, 2018) ont mis en évidence les principaux stressors rencontrés par les infirmières qui les rendent vulnérables à l'épuisement professionnel. Il est plausible que ceux-ci soient aussi vécus par les ergothérapeutes, étant donné leurs contextes d'intervention similaires. Il s'agit de l'exposition fréquente à la souffrance et à la mort, pouvant les rendre susceptibles de vivre des traumatismes vicariants, ainsi que du fait d'offrir des soins à des clients difficiles et leurs familles en tentant de répondre à leurs attentes. Ceux-ci vivraient donc beaucoup de stress en lien avec leur pratique clinique, les rendant sujets à l'épuisement professionnel. De plus, selon le rapport de Wilkins (2007) concernant l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada effectuée en 2003, les professionnels de la santé vivent beaucoup plus de stress face à leur emploi que les autres travailleurs. Les résultats de cette enquête ont aussi placé l'ergothérapie au 7<sup>e</sup> rang des emplois les plus stressants du domaine de la santé, après les infirmiers, les techniciens de laboratoire et les médecins.

### **3.2.2. Charge émotionnelle des ergothérapeutes**

De par leur rôle, les ergothérapeutes vont aussi être exposés à une grande charge émotionnelle. En effet, ceux-ci vont être amenés à travailler avec des clients qui présentent des limitations fonctionnelles importantes menant à une perte d'autonomie dans leurs activités quotidiennes. Ces limitations sont aussi souvent reliées à une perte de rôles sociaux, telle qu'une perte ou un changement d'emploi, ou encore à des modifications des habitudes qui définissent leur rôle (ex. : ne plus être en mesure de préparer les repas pour la famille, ne plus être en mesure d'être l'aidant naturel d'un parent). Selon les prémisses de la profession, les humains sont des êtres occupationnels, soit des êtres qui se définissent par les activités qu'ils font, et qui ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation (Morel-Bracq, 2017). Les changements de rôles et les privations occupationnelles qu'ils vivent en raison de leur perte d'autonomie peuvent donc leur apporter des sentiments de désespoir, de détresse et de découragement (Polatajko & al., 2013). Ainsi, comme l'illustrent les résultats de la revue de littérature de Brown, Schell et Pashniak (2017), les ergothérapeutes sont souvent amenés à entretenir des relations thérapeutiques de longue durée avec des clients présentant des difficultés complexes ainsi que des pertes occupationnelles et de rôles sociaux importants, ce qui peut rendre leur travail plus demandant au niveau émotionnel.

En conséquence, rejoignant le concept de travail émotionnel de Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini et Holz (2001) discuté ci-haut, plusieurs auteurs estiment que les professionnels de la santé seraient vulnérables à la fatigue de compassion ainsi qu'à l'épuisement professionnel en raison de leur rôle d'aidant envers le client. En effet, Coetzee et Klopper (2010) ainsi que Miller, Stiff et Ellis (1988), expliquent dans leurs études respectives que le fait de communiquer de l'empathie à répétition aux clients rend les professionnels de la relation d'aide vulnérable à l'épuisement professionnel. De la même façon, selon Figley (2002), l'exposition répétée à la souffrance des clients ainsi que la fréquence de leurs réponses compatissantes rendraient les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, susceptibles d'éprouver une fatigue de compassion. La fatigue de compassion serait effectivement causée par une surutilisation de la compassion envers autrui et aurait comme impact de réduire la capacité ou l'intérêt du professionnel à supporter la souffrance d'autrui (Figley, 2002). Elle peut donc s'apparenter à l'épuisement professionnel des cliniciens travaillant en relation d'aide.

Plus précisément, selon le modèle causal de Figley (2002) quatre principaux prédicteurs de la fatigue de compassion s'appliquent aux ergothérapeutes et à leur pratique clinique. Le premier est la capacité d'empathie, soit la capacité de se mettre à la place d'autrui et de comprendre ce qu'il vit. Il s'agit évidemment d'une qualité nécessaire pour exercer la profession d'ergothérapeute puisque cette pratique nécessite de comprendre le vécu, la réalité, les valeurs et les besoins de chacun des clients pour être en mesure d'offrir des services personnalisés et suivant une approche holistique. Ainsi, selon Figley (2002), sans empathie, il serait impossible de venir en aide à un client souffrant, mais il n'y aurait pas non plus de stress de compassion ou de fatigue de compassion. Il affirme donc que l'empathie est nécessaire pour aider les autres, mais qu'elle est aussi reliée à un coût psychologique considérable.

Le deuxième prédicteur selon ce même modèle est la préoccupation empathique, qui se traduit comme étant la motivation d'aider les gens dans le besoin. C'est donc cette préoccupation qui permet au professionnel d'utiliser sa capacité d'empathie pour tenter d'offrir des services répondant réellement aux besoins des clients. La préoccupation empathique est par contre aussi un prédicteur du stress ou de la fatigue de compassion puisqu'elle amènera le professionnel à ressentir une pression et une obligation d'atténuer la détresse ou les émotions négatives pouvant être vécues par le client.

Ensuite, le troisième prédicteur illustré par le modèle causal de Figley (2012) est l'exposition au client qui présente de la souffrance. Cette exposition présente un coût psychologique important puisqu'elle mène à l'expérimentation de la souffrance du client par le soignant. En effet, Figley mentionne que :

[Traduction libre] Il y a un coût à se soucier d'autrui. Les professionnels qui écoutent les histoires de peur, de douleur et de souffrance de leurs clients peuvent ressentir la même peur, la même douleur et la même souffrance parce qu'ils se soucient d'eux. Parfois, nous sentons que nous perdons notre sens de soi au profit des clients que nous servons. Les thérapeutes qui travaillent avec des victimes de viol, par exemple, développent souvent un dégoût général pour les violeurs qui s'étend à tous les hommes. Ceux qui ont travaillé avec des victimes d'autres types de crimes se sentent souvent « paranoïaques » au sujet de leur propre sécurité et recherchent une sécurité accrue. Ironiquement (...) les thérapeutes les plus efficaces sont les plus vulnérables à cet effet de miroir ou de contagion. Ceux qui ont une

capacité énorme de ressentir et d'exprimer de l'empathie ont tendance à être plus exposés au stress de compassion. (Figley, 1995, p.1)

Enfin, le quatrième et dernier prédicteur de la fatigue de compassion est l'utilisation de réponse empathique, se traduisant par l'effort effectué par le thérapeute pour tenter de réduire la souffrance du client vivant de la détresse par l'utilisation de la compréhension empathique. Ainsi, en tentant de comprendre les sentiments, les pensées et les comportements du client, l'aidant se projette dans la perspective du client, ce qui peut l'amener à ressentir les émotions négatives du client. En ce sens, Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien et Solberg (1992) ont mentionné que « [Traduction libre] le soignant compatissant fait écho au sentiment de la victime et participe à la souffrance. Partageant la souffrance de l'autre, le soignant exprime une compassion qui fortifie et reconforte la victime. » (p.814). Ainsi, selon le modèle causal de Figley (2002), l'utilisation répétée de ces réponses, bien que nécessaire, peut mener à la fatigue de compassion si le thérapeute ne prend pas les moyens nécessaires pour se protéger ou atténuer les effets sur lui-même.

En résumé, selon bon nombre d'auteurs, les individus qui sont capables de grande empathie sont ceux qui sont le plus susceptibles d'éprouver de la fatigue de compassion (Figley, 2002; Morgan, Simpson & Smith, 2015; Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien & Solberg, 1992; Raab, 2015). Comme la majorité des professionnels de la relation d'aide, les ergothérapeutes sont probablement aussi susceptibles de ressentir de la fatigue de compassion étant donné leur rôle. D'ailleurs, quatre études qualitatives effectuées auprès d'ergothérapeutes ont démontré que ces professionnels sont à haut risque d'épuisement émotionnel, soit celle de Balogun, Titiloye, Balogun, Oyeyemi et Katz (2002), celle de Lloyd et King (2004), celle de Painter, Akroyd, Elliot et Adams (2003) et celle de Schlenz, Guthrie et Dudgeon (1995), ce qui confirme les données rapportées ci-haut.

### **3.2.4. Effet du stress et de l'épuisement professionnel sur la santé et la pratique des cliniciens**

Les écrits montrent que l'épuisement professionnel est relié à un très grand nombre de conséquences, tant au niveau personnel, professionnel que sociétal. Effectivement, comme il a été mentionné plus haut, l'épuisement professionnel est relié à un épuisement émotionnel, des sentiments de dépersonnalisation ainsi qu'une diminution du sentiment de réussite (Maslach & Jackson, 1981). Il est associé à une diminution de la satisfaction et du plaisir face à l'emploi ainsi

qu'à une augmentation de l'absentéisme au travail (Salvagioni & al., 2017). L'épuisement professionnel serait aussi un prédicteur significatif de plusieurs problèmes de santé tels que les maladies coronariennes, respiratoires et gastro-intestinales, le diabète, les troubles du sommeil, la fatigue chronique, l'obésité ainsi que d'innombrables maladies mentales et psychologiques (Raab, 2014; Salvagioni & al, 2017). De la même façon, il serait significativement associé à une diminution de l'attention et de la concentration au travail, à une diminution de l'habileté à prendre des décisions cliniques et même à une diminution de la satisfaction des clients face aux soins reçus, de la productivité du clinicien ainsi que de l'efficacité des soins prodigués par les professionnels (Lyndon, 2016; Raab, 2014; Delgadillo, Saxon & Barkham, 2018; Irving, Dobkin & Park, 2009; Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005). Ainsi, le stress et l'épuisement professionnel diminuent les fonctions cognitives du thérapeute, menant donc à des risques pour le client étant donné sa vulnérabilité. Aussi, les sentiments de dépersonnalisation vécus en lien avec l'épuisement professionnel diminueraient la qualité de la relation thérapeutique entre le thérapeute et son client (Lyndon, 2016). Finalement, selon Nguyen (2016), l'impact du stress relié à l'emploi engendrerait des coûts s'estimant à 300 milliards de dollars par année aux États-Unis en raison de l'absentéisme, des changements de postes, de la diminution de productivité ainsi que des coûts médicaux, juridiques et d'assurance qui y sont reliés.

### **3.3. L'autocompassion**

L'autocompassion est un outil découlant de l'approche cognitivo-comportementale qui gagne en popularité dans les écrits scientifiques des dernières années en raison de ses nombreux bienfaits, notamment en lien avec la diminution du stress. Effectivement, l'autocompassion améliorerait la régulation des émotions en rehaussant l'habileté à faire face aux situations stressantes (Raab, 2014; Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017) ainsi qu'en permettant d'être moins réactif aux événements stressants (Raab, 2014). Il s'agirait aussi, selon Neff (2003b), d'un outil permettant de développer sa résilience contre la dépression ainsi que l'anxiété.

#### **3.3.1. Définition de l'autocompassion**

L'autocompassion découle de l'approche thérapeutique ACT, pour thérapie d'acceptation et d'engagement, laquelle s'inscrit dans la troisième vague des approches cognitives

comportementales. Il s'agit d'un outil qui vise à réduire la souffrance ressentie et à demeurer fonctionnel même en présence de difficultés (Batten, 2011). L'autocompassion se décrit donc comme étant le fait d'avoir de la compassion et de l'acceptation pour soi (Neff, 2003a). Plus précisément, Neff (2003a, p. 87) définit l'autocompassion comme suit :

[Traduction libre] L'autocompassion implique d'être touché et ouvert à sa propre souffrance, de ne pas l'éviter ou de s'en déconnecter, générant le désir de soulager sa souffrance et de se guérir avec gentillesse. L'autocompassion implique également d'offrir une compréhension non critique de sa douleur, de ses insuffisances et de ses échecs, de sorte que son expérience soit considérée comme faisant partie de l'expérience humaine.

L'autocompassion se décrit donc par trois composantes distinctes et interreliées les unes les autres, soit la bienveillance envers soi, l'humanité commune et la pleine conscience (Neff, 2003a).

#### **3.3.1.1. *Bienveillance envers soi***

La première composante décrite par Neff (2003a) est celle de la bienveillance envers soi. Il s'agit de faire preuve de gentillesse et de compréhension envers soi-même plutôt que de faire preuve de discernement, se critiquer, se stigmatiser, se blâmer ou ruminer ses échecs. Ainsi, un peu comme un meilleur ami le ferait, être bienveillant envers soi se traduit par le fait d'être chaleureux et compréhensif envers soi lorsque nous souffrons, vivons un échec ou avons le sentiment d'être inadéquats. Cette bienveillance nécessite de reconnaître qu'être imparfait et vivre des difficultés est inévitable, permettant donc de diminuer les critiques et la frustration reliée au sentiment d'échec.

#### **3.3.1.2. *Humanité commune***

La deuxième composante est celle de l'humanité commune. Il s'agit de reconnaître que la souffrance et les échecs personnels font partie intégrante de la condition humaine au lieu de les voir comme étant des expériences personnelles isolées. Cette croyance permet de diminuer le sentiment irrationnel d'isolement ou d'injustice qui peuvent être liés à une déception ou à un échec, ainsi qu'éviter de croire que nous sommes les seuls à vivre de telles situations. La composante d'humanité commune décrit aussi le fait de reconnaître que nos pensées, émotions et comportements sont influencés par un lot de composantes qui sont externes à nous-mêmes et hors



de notre contrôle, tel que notre culture, notre histoire personnelle et familiale, nos facteurs culturels ainsi que les comportements et attitudes des autres. Cette composante permet donc de diminuer les critiques personnelles ainsi que de favoriser l'acceptation de nos faiblesses ou échecs.

### **3.3.1.3. Pleine conscience**

La troisième et dernière composante est celle de la pleine conscience. Il s'agit de vivre dans le moment présent en étant pleinement conscient et à l'écoute de ses pensées et sentiments, qu'ils soient positifs ou négatifs. La pleine conscience peut aussi se traduire par le fait de maintenir ses pensées et sentiments douloureux dans une conscience équilibrée plutôt que de tenter de les nier, s'identifier excessivement à eux, les ruminer ou les juger. Ainsi, le fait de réaliser que ses pensées et sentiments font partie intégrante de la nature humaine permet de diminuer les réactions émotionnelles négatives, d'accepter ce que l'on vit et de profiter du moment présent.

### **3.3.2. Les bienfaits généraux de l'autocompassion**

Les bienfaits de l'autocompassion sont multiples. D'abord, l'autocompassion permettrait d'augmenter l'acceptation ainsi que la bienveillance envers soi (Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Sing, 2017). Selon l'étude de Morgan, Simpson et Smith (2015), l'autocompassion changerait effectivement la façon dont on gère et perçoit les émotions, menant alors à l'amélioration de la façon de prendre soin de soi et à l'augmentation de la confiance en soi. Stew (2011) mentionne aussi que l'autocompassion réduit l'autojugement puisqu'il permet à ses utilisateurs de prendre conscience que leur identité ne se définit pas seulement par leurs pensées, émotions ou sensations vécues, leur permettant alors de se reconnecter avec la personne qu'ils sont réellement. Selon lui, cette meilleure connaissance de soi permet d'augmenter la bienveillance envers soi.

Au niveau relationnel, l'autocompassion augmenterait le sentiment d'être connecté avec les autres et permettrait ainsi d'entretenir de meilleures relations interpersonnelles (Boellinghaus, Jones & Hutton, 2012; Scarlet, Altmeyer, Knier & Harpin, 2017). Selon Benzo, Kirsch et Nelson (2017), l'utilisation de l'autocompassion permettrait aussi de contrer le sentiment d'isolement en diminuant les standards relationnels qu'on peut entretenir vis-à-vis les autres et ainsi diminuer les déceptions vécues.

Ensuite, l'autocompassion permettrait d'être davantage conscient de ses propres émotions, favoriserait leur acceptation et réduirait les ruminations ainsi que la suridentification aux émotions négatives (Benzo, Kirsch & Nelson, 2017; Raab, Sogge, Parker, & Flament, 2015; Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017). Dans le même ordre d'idées, Boellinghaus, Jones et Hutton (2012) ont relevé que l'autocompassion permettrait aussi de réduire les ruminations d'idées mésadaptées et ainsi de réduire les symptômes dépressifs. D'ailleurs, selon l'étude de Stew (2011) portant sur l'exploration des bienfaits d'un programme d'initiation à la pleine conscience auprès d'étudiants en ergothérapie, l'utilisation d'un tel outil permet de réaliser que c'est en fait la résistance à une situation inconfortable ou encore la tentative d'agir pour la modifier qui augmente le problème. Au contraire, il faudrait accepter cet inconfort puisque c'est en tentant de mettre une émotion ou une idée hors de l'esprit qui entraîne une augmentation de cette émotion ou de cette idée. Effectivement, comme l'explique aussi Germer dans son livre sur l'autocompassion (2013), le fait de tenter d'éviter une pensée ou une émotion fait en sorte de l'alimenter et d'augmenter son intensité. Ainsi, l'acceptation des émotions négatives et des situations d'inconfort rendue possible par l'utilisation de l'autocompassion permettrait à la fois d'être en mesure de mieux prendre soin de soi ainsi que de vivre le moment présent en pleine conscience et plus positivement.

Pour poursuivre, selon la majorité des articles recensés, l'autocompassion aurait le potentiel d'augmenter le bien-être, la satisfaction face à la vie, les affects positifs tels que l'optimisme ainsi que le bonheur chez les professionnels de la santé (Benzo, Kirsch & Nelson, 2017; Boellinghaus, Jones & Hutton; 2012; Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017; Raab, 2014; Raab, Sogge, Parker & Flament, 2015). D'ailleurs, selon l'étude de Benzo, Kirsch et Nelson (2017), l'autocompassion serait significativement et indépendamment associée au bonheur perçu par les professionnels de la santé, même lorsque des variables pouvant affecter cette relation telle que l'âge, le statut marital, le genre, le temps passé à la pratique spirituelle ou encore le temps passé à la pratique d'activités physiques sont contrôlées. Selon leur étude, l'autocompassion serait même davantage associée au bonheur que la pratique régulière d'activité physique. De plus, Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier et Singh (2017) mentionnent que les bienfaits de l'autocompassion sur le bien-être et le bonheur seraient entre autres permis par une augmentation de la résilience face aux situations difficiles.

Un grand nombre d’auteurs démontrent aussi que l’utilisation de l’autocompassion chez les professionnels de la santé diminuerait le stress (Benzo, Kirsch & Nelson, 2017), ainsi que l’épuisement professionnel et les effets négatifs qui y sont associés (Scarlet, Altmeyer, Knier & Harpin, 2017; Raab, 2014; Boellinghaus, Jones & Hutton; 2012; Raab, Sogge, Parker & Flament, 2015; Scarlet, Altmeyer, Knier & Harpin, 2017). Selon Raab (2014) ainsi que Shapiro et ses collaborateurs (2005), le lien entre l’autocompassion et la gestion du stress s’expliquerait par le fait que l’autocompassion permet d’être davantage conscient de ses pensées, émotions et patrons d’idées qui rendent vulnérable au stress, aux inquiétudes, aux ruminations et même aux psychopathologies. Raab, Sogge, Parker et Flament (2015) rajoutent que l’autocompassion permettrait de diminuer les mécanismes d’adaptation cognitifs inefficaces. De la même façon, Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier et Singh (2017) mentionnent que l’autocompassion permettrait d’être moins réactif au stress en rehaussant l’habileté à faire face aux situations stressantes. Selon Stew (2011), l’autocompassion permettrait aussi l’approfondissement de la conscience de soi, augmentant donc la prise de responsabilité quant à ses choix ou décisions importantes et réduisant ainsi le stress relié aux remises en question. Finalement, l’autocompassion permettrait de développer sa résilience contre la dépression et l’anxiété (Neff, 2003b).

### **3.3.3. Bienfaits professionnels de l’autocompassion**

Tout d’abord, selon l’étude de Scarlet, Altmeyer, Knier et Harpin (2017) ainsi que celle de Benzo, Kirsch et Nelson (2017), l’utilisation de l’autocompassion permettrait d’augmenter significativement la satisfaction face à l’emploi. À ce sujet, Morgan, Simpson et Smith (2015) mentionnent que l’autocompassion permet une meilleure gestion des émotions et des pensées nuisibles, ce qui favoriserait l’engagement dans le travail ainsi que le développement d’une meilleure gestion et priorisation des tâches reliées au travail. Ils mentionnent aussi que son utilisation serait reliée à une amélioration de la confiance des professionnels en leurs interventions, leur capacité de prendre des décisions professionnelles et la productivité dans l’emploi. Aussi, selon ces mêmes auteurs, l’autocompassion permettrait de mieux reconnaître et mettre ses limites ainsi que de lâcher prise face à la pression de performance.

Ensuite, selon l'étude de Stew (2011), l'utilisation de l'autocompassion permettrait d'augmenter le succès relié aux interventions cliniques, soit entre autres en permettant au clinicien d'être plus présent pour le client et de mieux gérer les situations de détresse ainsi que de mieux répondre aux demandes personnelles et professionnelles. En ce sens, Morgan, Simpson et Smith (2015) mentionnent qu'en faisant preuve de plus d'acceptation envers leurs expériences et leurs émotions grâce à l'autocompassion, les cliniciens sont davantage en mesure de comprendre leurs processus intrapersonnels face aux émotions négatives et ainsi prendre un pas de recul face à ceux-ci. Ce recul leur permet de gagner du sang-froid face à ces émotions, favorisant donc une meilleure gestion des émotions négatives et une diminution des réactions inappropriées aux situations professionnelles difficiles ou stressantes.

Dans le même ordre d'idées, Boellinghaus, Jones et Hutton (2012) soulèvent que l'autocompassion augmente la présence du thérapeute lors des discussions avec le client, son aisance avec les silences en thérapie et sa capacité à se concentrer sur les processus interpersonnels ainsi que sur l'expérience du client. L'autocompassion permettrait donc ultimement l'établissement de meilleures relations thérapeutiques (Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017).

Finalement, la majorité des articles recensés mentionnent que l'autocompassion serait reliée à une augmentation de la capacité à faire face aux situations stressantes (Raab, 2014; Boellinghaus, Jones & Hutton; 2012; Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017) et à prendre des décisions importantes de façon plus réfléchie et moins impulsive lorsqu'elles se présentent (Morgan, Simpson & Smith, 2015; Stew, 2011). Un grand nombre d'études énoncent aussi que l'utilisation de l'autocompassion par des professionnels de la relation d'aide augmenterait la compassion, la bienveillance ainsi que l'acceptation radicale envers les clients (Morgan, Simpson & Smith, 2015; Raab, 2014; Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017; Stew, 2011). Pour finir, Boellinghaus, Jones et Hutton (2012) ainsi que Raab (2014) proposent que l'autocompassion serait reliée à une augmentation significative de l'empathie, de l'indulgence, de l'altruisme ainsi que la compassion envers autrui, et par conséquent envers les clients dans le cas des cliniciens.

### **3.4. Absence de connaissances sur l'autocompassion**

L'autocompassion a alors été développée dans le domaine de la psychologie, soit dans la troisième vague des approches cognitives comportementales, pour réduire la souffrance des patients. Il s'agit donc d'une approche qui est, encore aujourd'hui, principalement utilisée en psychologie comme outil à enseigner aux clients qui vivent de la détresse ou des défis émotionnels. Plusieurs ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant des troubles de santé mentale utilisent d'ailleurs déjà cet outil en thérapie auprès de leurs clients.

Malgré les nombreuses études qui visent à relever les bienfaits de l'utilisation de l'autocompassion et même si de plus en plus de professionnels de la santé l'utilisent pour eux-mêmes, très peu d'études adressent l'utilisation de l'autocompassion par les thérapeutes du domaine de la réadaptation, et encore moins par les ergothérapeutes. Les bienfaits personnels qui ont été recensés représentent en effet ceux observés par l'ensemble des utilisateurs de cet outil. Les bienfaits professionnels recensés sont, quant à eux, principalement ceux observés chez les infirmiers et les médecins. Il est donc à se demander si ces mêmes bienfaits peuvent aussi être observés par les ergothérapeutes qui utilisent cet outil pour eux-mêmes face aux défis qu'ils vivent dans leur pratique clinique.

#### **4. QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE**

Considérant les différents éléments présentés ci-haut, les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé à risque d'épuisement professionnel. Vu les nombreux bénéfices potentiels qui seraient reliés à l'utilisation de l'autocompassion par les professionnels de la santé pour eux-mêmes ainsi que l'absence d'études portant sur son utilisation par les ergothérapeutes cliniciens, l'exploration de cet outil auprès de ces professionnels semble d'autant plus pertinente.

Cette recherche visera donc principalement à explorer les bienfaits que les ergothérapeutes travaillant avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale retirent de l'utilisation de l'autocompassion face à la charge émotionnelle vécue dans leur pratique clinique. Pour ce faire, il sera alors nécessaire d'explorer leur charge émotionnelle afin de mieux comprendre de quelle façon et dans quelles circonstances ils utilisent l'autocompassion. De ce fait, ce projet de recherche vise à répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les défis et les sources de charge émotionnelle des ergothérapeutes cliniciens travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble de santé mentale?
2. De quelle façon est-ce que les ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble de santé mentale utilisent-ils l'autocompassion face aux défis qu'ils vivent dans leur pratique ?
3. Quels sont les bienfaits de l'autocompassion en regard de la charge émotionnelle des ergothérapeutes cliniciens travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble de santé mentale?

## 5. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel est utilisé pour guider l'étude selon une perspective particulière. Il établit la façon dont les concepts de l'étude sont définis et indique les liens qui les unissent (Fortin & Gagnon, 2016). Pour ce projet de recherche, le Modèle conceptuel de l'autocompassion de Darcel Reyes, soit une version traduite du « Conceptual Model of Self-Compassion » élaboré en 2012, a été choisi afin d'aider à comprendre le phénomène à l'étude.

### 5.1 Modèle conceptuel de l'autocompassion

Le modèle de l'autocompassion de Reyes a été choisi puisqu'il illustre à la fois la définition, l'utilité ainsi que les bienfaits de l'autocompassion et identifie ses attributs, ses antécédents ainsi que ses conséquences. Ce modèle a d'abord été créé pour « [Traduction libre] clarifier et synthétiser la signification de l'autocompassion telle qu'elle s'applique [...] à la pratique des soins infirmiers » (Reyes, 2012, p. 82). Plus précisément, il a été développé pour permettre de comprendre comment l'enseignement de l'autocompassion par un infirmier peut aider le client à vivre moins de souffrance en lien avec sa condition. Ainsi, dans le contexte de cette recherche, il sera appliqué aux ergothérapeutes cliniciens utilisant l'autocompassion pour eux-mêmes plutôt que pour en faire l'enseignement à leurs clients.

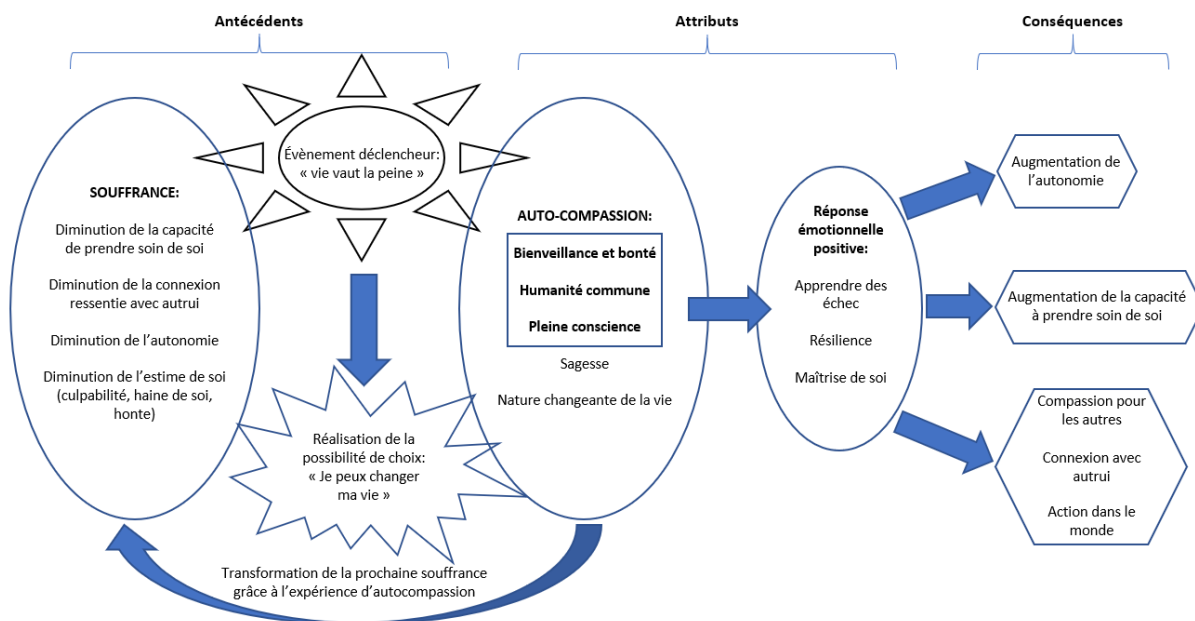


Figure 1. Modèle conceptuel de l'autocompassion de Reyes (2012).  
Traduction libre et adaptation du *Conceptual Model of Self-Compassion* (Reyes, 2012, p.82).  
(Reproduit avec l'autorisation de l'auteure).

### 5.1.1. Antécédents de l'autocompassion

Le modèle illustre que l'antécédent principal de l'autocompassion est la souffrance. Celle-ci prend source dans la perte de quelque chose d'important pour la personne. Cette perte peut traduire celle du bien-être ou de la santé, ou encore l'abandon, la mort ou la perte d'un être cher. Elle est alors caractérisée par un sentiment de perte de contrôle et d'insécurité. La souffrance sera aussi associée à une diminution de la capacité de prendre soin de soi, de la connexion ressentie avec autrui, de l'autonomie ainsi que de l'estime de soi (Ferrell & Coyle, 2008; Wada & Park, 2009, dans Reyes, 2012). Dans le cas qui nous intéresse, cette souffrance pourrait décrire la situation d'anxiété et de stress causée par les exigences du travail de l'ergothérapeute ainsi que par la charge émotionnelle associée à cette pratique. L'épuisement émotionnel, les sentiments de dépersonnalisation ainsi que la diminution du sentiment de réussite du travailleur qui décrivent l'épuisement professionnel ou l'état émotionnel qui le précède sont aussi en accord avec la définition de souffrance du modèle.

Le modèle illustre aussi que des émotions de tristesse, de désespoir, de solitude ainsi que d'angoisse peuvent être associées à cette souffrance (Ferrell & Coyle, 2008, dans Reyes, 2012), et que les réactions émotives qui y sont reliées incluent l'anxiété, la peur, le regret ainsi que la culpabilité (Ladner, 2004, dans Reyes, 2012). Cela concorde aussi avec les conséquences de la surcharge émotionnelle ou de l'épuisement professionnel que peuvent vivre les ergothérapeutes.

Le modèle explique ensuite que face à cette souffrance, un évènement déclencheur sera nécessaire pour que la personne souffrante se tourne vers l'autocompassion. Cet évènement fera réaliser à la personne que sa vie a de la valeur et qu'elle a la possibilité de modifier la situation (Habito, 2002; Ladner, 2004; Watson, 1993, dans Reyes, 2012). Ce déclencheur peut simplement traduire cette prise de conscience ou peut représenter un évènement externe qui mène à celle-ci. La personne réalisera ainsi qu'elle a la possibilité de faire des choix pour que des changements se produisent dans sa vie. Cette réalisation fera naître en elle le désir d'aller mieux ainsi que d'effectuer des changements dans sa vie pour retrouver une vie plus épanouissante (Shepard & Cardon, 2009; Thompson & Waltz, 2008, dans Reyes, 2012).

C'est alors à partir de ce moment que la personne aura le désir de faire preuve davantage d'autocompassion pour atténuer la souffrance vécue. Comme le mentionne l'auteure,



« [Traduction libre] plutôt que de continuer sur le chemin de la souffrance, la personne choisit d'embrasser tous les aspects de l'expérience, de regarder la souffrance avec compassion et de briser le cycle de négativité, mais sans se déconnecter de la source de souffrance » (Reyes, 2012, p. 85).

### **5.1.2. Attributs de l'autocompassion**

Les trois attributs principaux de l'autocompassion sont la bienveillance, l'humanité commune et la pleine conscience. Le modèle illustre aussi deux autres attributs secondaires, soit la sagesse ainsi que la nature changeante de la vie.

Premièrement, la bienveillance représente le fait de faire preuve de gentillesse, de compréhension et de compassion face à soi-même au lieu de faire preuve de jugement lorsqu'on vit de la souffrance. Cette bienveillance permet d'évaluer la souffrance et sa source de façon plus objective (Leary, Tate, Allen, Adams & Hancock, 2007; Neff, 2003a; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Shepard & Cardon, 2009; Thompson & Waltz, 2008, dans Reyes, 2012). Elle permet donc d'accepter ses défauts, de ne pas avoir de regrets, de ne pas être déçu, de se pardonner et de prendre la responsabilité de ses actions qui ont pu amener la souffrance, et ce, sans se sentir coupable ou s'en blâmer (Ladner, 2004; Underwood, 2005; Van der Cingel, 2009, dans Reyes, 2012).

Deuxièmement, l'humanité commune repose sur la réalisation que la souffrance fait partie de l'expérience humaine plutôt que « [Traduction libre] de la voir comme étant une expérience personnelle isolée, ce qui permet de remplacer les sentiments d'isolement par des sentiments d'appartenance » (Neff & al., 2007; Neff & Vonk, 2009; Shepard & Cardon, 2009; Thompson & Waltz, 2008, dans Reyes, 2012, p.83). Cet attribut fait donc allusion à la tendance des humains à penser que la souffrance leur est propre, ce qui intensifie l'expérience de souffrance (Van der Cingel, 2009, dans Reyes, 2012). Il est alors bénéfique d'arriver à reconnaître que ces difficultés sont partagées par tous puisque cela permet de réduire les sentiments d'injustice ou de culpabilité vécus en lien avec une situation de souffrance.

Troisièmement, la pleine conscience repose sur l'idée d'être à l'écoute de nos sentiments, autant positifs que négatifs, ainsi que de vivre pleinement le moment présent. Elle permet alors d'éviter la suridentification aux états de souffrance ou de plaisir et ainsi réaliser qu'ils ne sont pas permanents (Ladner, 2004; Shepard & Cardon, 2009; Wada & Park, 2009, dans Reyes, 2012). La

pleine conscience permet donc d'observer sa souffrance et ses émotions négatives de façon plus objective et ainsi voir les expériences de souffrance comme des opportunités de croissance spirituelle et psychologique (Rinpoche, 1994; Wada & Park, 2009, dans Reyes, 2012).

Ensuite, le premier attribut secondaire de l'autocompassion identifié dans le modèle est la sagesse. La sagesse est alors décrite selon trois différents types, soit la sagesse discriminante, la sagesse réflexive et la sagesse affective. La sagesse discriminante décrit l'habileté d'analyser les actions d'autrui en comprenant les facteurs positifs et négatifs qui les influencent (Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005; Shepard & Cardon, 2009, dans Reyes, 2012). La sagesse réflexive décrit ensuite « [Traduction libre] la capacité de voir les événements de façon réaliste et à mieux comprendre les comportements personnels susceptibles de contribuer à la souffrance » (Neff & al., 2007, dans Reyes, 2012, p. 83). Finalement, la sagesse affective décrit le développement d'une attitude exempt de jugement et la réalisation que le jugement découle d'une déconnexion entre soi-même et les autres (Ferrell & Coyle, 2008; Neff & al., 2007, dans Reyes, 2012).

Selon l'auteur, « [Traduction libre] la sagesse permet de reconnaître les expériences de souffrance et d'accepter les pertes, de diminuer les ruminations à propos de ce que l'on voudrait qui soit ou ce que l'on croit qu'il devrait être, de diminuer l'illusion que la vie sera toujours la même, de diminuer l'illusion d'être isolé et séparé des autres lors d'événements souffrants » (Wada & Park, 2009; Yao, 2008, dans Reyes, 2012, p. 83). La sagesse permet ainsi de faire preuve de compréhension et d'acceptation face à soi-même dans la souffrance et d'abandonner les comportements, sentiments et pensées néfastes qui intensifient la souffrance (Florida, 2002; Yao, 2008, dans Reyes, 2012).

Finalement, le deuxième attribut secondaire de l'autocompassion identifié par l'auteur est la nature changeante de la vie. Cet attribut repose sur la réalisation que toute situation va finir par changer. Cela permet à la personne d'être en pleine conscience du moment présent, d'éviter un surinvestissement de soi dans la souffrance ainsi que d'adopter d'une vision plus objective de celle-ci. La pleine conscience de la nature changeante de la vie rendra possible le développement de la sagesse, qui permettra à son tour de réaliser que la souffrance est en fait causée par une perception erronée des événements extérieurs à soi. En remettant l'expérience de souffrance en perspective, la personne sera en mesure de comprendre que cette souffrance fait partie intégrante

de la condition humaine, ce qui l'amènera donc à faire preuve de bienveillance envers elle (Reyes, 2012). C'est ainsi de cette façon que les cinq différents attributs de l'autocompassion s'influencent.

Les différentes relations entre ces attributs ainsi que l'influence qu'ils ont les uns sur les autres font alors naître une réponse émotionnelle positive face à la souffrance. Cette réponse émotionnelle résulte donc d'une augmentation de la maîtrise de soi, en une augmentation de la résilience ainsi qu'en une augmentation de la capacité d'apprendre de ses échecs (Reyes, 2012).

### **5.1.3. Conséquences de l'autocompassion**

En plus de la maîtrise de soi, de la motivation à continuer d'avancer ainsi que de la capacité d'apprendre de ses échecs, l'utilisation de l'autocompassion apporte plusieurs conséquences positives à son utilisateur. L'auteur nomme trois conséquences positives à l'utilisation de cet outil, soit l'augmentation de l'autonomie, l'augmentation de la capacité à prendre soin de soi ainsi que l'augmentation de la connexion avec les autres (Reyes, 2012). L'augmentation de l'autonomie est alors permise par la maîtrise de soi et de ses émotions qui découle de la pleine conscience et de la bienveillance envers soi. L'augmentation de la capacité à prendre soin de soi est à son tour rendue possible par la transformation de la vision et de la prise en charge de la souffrance, découlant de l'autocompassion. Finalement, l'augmentation de la connexion avec les autres traduit le désir de l'utilisateur de l'autocompassion de faire preuve de compassion pour les autres ainsi que de poser des gestes pour les aider.

## **6. MÉTHODE**

Dans cette section, la méthode utilisée afin de mener ce projet de recherche sera décrite. Le devis de recherche sera d'abord présenté, suivi des participants et leur recrutement, la méthode de collecte de données et de leur analyse, et enfin les considérations éthiques.

### **6.1 Devis de recherche**

Le but de cette étude est d'explorer de quelle façon les ergothérapeutes travaillant en santé mentale utilisent l'autocompassion dans leur quotidien et quels sont les bienfaits qu'ils en retirent face à la charge émotionnelle vécue en lien avec leur pratique clinique. Un devis de type descriptif qualitatif a donc été sélectionné. En effet, une étude descriptive qualitative permet de décrire simplement un phénomène ou une situation sans faire appel à une méthodologie qualitative particulière (Fortin & Gagnon, 2016). Ce type de devis est donc pertinent pour décrire des expériences personnelles et subjectives, telles que l'utilisation de l'autocompassion ainsi que l'observation personnalisée de ses bienfaits. Il se prête aussi très bien à un sujet qui est peu connu et étudié tel que l'autocompassion.

### **6.2 Participants**

Pour cette étude, les participants sélectionnés sont des ergothérapeutes cliniciens travaillant ou ayant déjà travaillé auprès d'une clientèle présentant des troubles de santé mentale qui utilisent l'autocompassion pour eux-mêmes. Certains critères de sélection ont été établis afin de s'assurer que l'échantillon nous renseigne par rapport au phénomène à l'étude. Les ergothérapeutes inclus dans l'étude devaient avoir minimalement 3 mois d'expérience en pratique clinique auprès d'une clientèle ayant des problèmes de santé mentale, avoir utilisé l'autocompassion pour eux-mêmes pendant un mois au minimum et être en mesure de participer à une entrevue en français. Aucun critère d'exclusion n'a été établi.

### **6.3 Recrutement des participants**

Pour recruter les participants, la stratégie d'échantillonnage choisie était l'échantillonnage non probabiliste par réseau (Fortin & Gagnon, 2016). Pour ce faire, la publication d'un communiqué a été effectuée via le site web Facebook, soit sur les pages Facebook « Ergothérapie QUÉBEC » et « Ergothérapie santé mentale Québec » (voir Annexe A). Cette publication décrivait le projet, soit ses objectifs, l'implication nécessaire par les participants ainsi que les critères de

sélection. Les ergothérapeutes qui indiquaient leur intérêt pour le projet sur une des publications étaient alors contactées via Facebook ou par courriel électronique, selon leur désir, pour confirmer que ceux-ci répondaient aux critères de sélection.

Le nombre d'ergothérapeutes intéressées et répondant aux critères de sélection s'est avéré à être beaucoup plus grand que prévu. Une sélection des participants selon une méthode d'échantillonnage par choix raisonné a donc été adoptée afin de sélectionner les participantes ayant des expériences cliniques variées ainsi que des niveaux de connaissance de l'autocompassion diversifiés. Cela a permis d'obtenir différentes perspectives de la pratique de l'autocompassion.

Un échantillon d'environ quatre à six ergothérapeutes était souhaité afin de répondre aux objectifs de cette étude. Ce nombre de participants a été déterminé comme étant nécessaire pour obtenir différentes perceptions sur le sujet de l'étude. De plus, il s'agit d'un nombre réaliste de participants à interviewer dans le cadre d'un essai.

#### **6.4 Collecte des données**

La collecte de donnée de cette étude a été effectuée à partir d'entrevues semi-structurées. Un canevas d'entrevue a donc été utilisé pour orienter l'entrevue vers les thèmes permettant de répondre aux objectifs de l'étude (voir Annexe B). Cette méthode de collecte de données a été choisie puisqu'elle permet la compréhension ou l'exploration d'une réalité en s'assurant de couvrir tous les aspects du sujet. Elle permet aussi aux participants d'approfondir leurs réponses afin d'assurer une bonne compréhension de leur perception ou de leur vécu (Fortin & Gagnon, 2016).

Les principaux thèmes abordés durant l'entrevue étaient la découverte de l'autocompassion par les participantes, leur définition de cet outil, la façon dont ils l'utilisent ainsi que les bienfaits qui sont reliés à son utilisation. Également, des informations sociodémographiques ainsi que des données sur leur expérience clinique ont été collectées.

Pour procéder à la collecte de données, les participants ayant accepté de participer à l'étude prenaient part à une entrevue individuelle d'une durée approximative de 50 à 90 minutes. Ces entrevues se faisaient via Skype ou encore par appel vidéo Facetime. Le moment choisi était celui

qui convenait à la fois à l'étudiante-chercheuse et au participant. Les entrevues étaient enregistrées à l'aide d'un magnétophone et ensuite transcrites en verbatims pour être analysées.

### **6.5 Analyse des données**

Suite à la collecte des données, les entrevues ont été transcrites en verbatims à l'aide du logiciel de traitement de textes Word ainsi que du logiciel de transcription Express Scribe. Une analyse de contenu des verbatims a ensuite été effectuée. Conformément aux techniques d'analyse des données qualitatives décrites par Fortin et Gagnon (2016), cette analyse fut effectuée en trois étapes. La première étape était la segmentation des verbatims, ce qui signifie que les parties des verbatims qui offrent de l'information pertinente à la question de recherche ont d'abord été repérées. La deuxième étape était le codage ouvert, ce qui signifie d'attribuer un code (représenté par des mots, thèmes, concepts, symboles ou autres) aux éléments significatifs identifiés dans la segmentation. L'analyse axiale a finalement permis de regrouper les informations par thème et d'être en mesure de les résumer adéquatement pour répondre aux questions de recherche (Fortin & Gagnon, 2016).

### **6.6 Considérations éthiques**

Pour s'assurer que le projet de recherche est conforme sur le plan scientifique et qu'il ne comporte aucun risque éthique, il a été soumis au Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CEREH) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il a été approuvé par celui-ci et un certificat éthique a été émis par le CEREH. Une copie de ce certificat est présentée à l'Annexe C.

De plus, avant de participer à la recherche, les participants recevaient un formulaire d'informations et de consentement leur procurant les informations nécessaires concernant leur participation à la recherche. Ils devaient alors signer ce formulaire avant de prendre part à la recherche. Chacun d'eux a aussi eu l'occasion de poser toutes leurs questions à l'étudiante-chercheuse concernant la recherche. Le formulaire d'informations et de consentement est présenté à l'Annexe D.

## 7. RÉSULTATS

Dans cette section, les différents résultats de ce projet de recherche seront présentés. Les caractéristiques des participants seront d'abord présentées. Les bienfaits reliés à l'utilisation de l'autocompassion seront ensuite abordés. Cela dit, pour documenter et comprendre les bienfaits de l'autocompassion, les défis inhérents à la pratique et générant une charge émotionnelle chez les ergothérapeutes seront d'abord présentés ainsi que les différentes étapes de leur utilisation de l'autocompassion. Les bienfaits de cette utilisation seront finalement documentés et expliqués.

### 7.1. Caractéristiques des participants

Le projet de recherche a été mené auprès de six ergothérapeutes québécois ayant entre un et onze ans d'expérience quant à l'utilisation de l'autocompassion. Les ergothérapeutes s'étant portées volontaires à participer à l'étude étaient toutes de sexe féminin. Les participantes<sup>1</sup> retenues avaient entre deux et quarante ans d'expérience comme ergothérapeute. Celles-ci provenaient des régions de la Mauricie, du Québec, des Laurentides ainsi que de Montréal. Une seule des participantes travaillait dans le secteur privé, alors que les cinq autres travaillaient dans le secteur public. Les participantes retenues offraient des services diversifiés, soit autant de première, deuxième et troisième ligne.

Tableau 1.  
*Caractéristiques des participants*

Participant	Secteur	Ligne d'intervention	Années d'expérience comme ergothérapeute	Années d'expérience d'utilisation de l'autocompassion	Région
<b>Participant 1</b>	Privé	1 <sup>e</sup> et 2 <sup>e</sup> lignes	2 ans	1 an	Mauricie
<b>Participant 2</b>	Public	2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> lignes	30 ans	11 ans	Montréal
<b>Participant 3</b>	Public	1 <sup>e</sup> ligne	2 ans	2 ans	Laurentides
<b>Participant 4</b>	Public	1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> lignes	40 ans	3 ans	Québec
<b>Participant 5</b>	Public	2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> lignes	15 ans	5 ans	Québec
<b>Participant 6</b>	Public	1 <sup>e</sup> et 2 <sup>e</sup> ligne	29 ans	2 ans	Laurentides

<sup>1</sup> Pour simplifier la lecture, le terme *participantes* sera utilisé dans les sections suivantes étant donné l'absence de participants masculins.

## 7.2. Défis de la pratique générateurs de charge émotionnelle

Un des objectifs de ce projet de recherche était d'explorer les défis et la charge émotionnelle inhérents à la pratique des ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble de santé mentale. Quatre types d'enjeux ont été mis en évidence lors des analyses comme étant des défis générateurs de charge émotionnelle au sein de la pratique. Il s'agit de la souffrance du client, l'attitude du client, les situations confrontant l'identité personnelle ou professionnelle du clinicien ainsi que les aspects organisationnels et contextuels de la pratique.

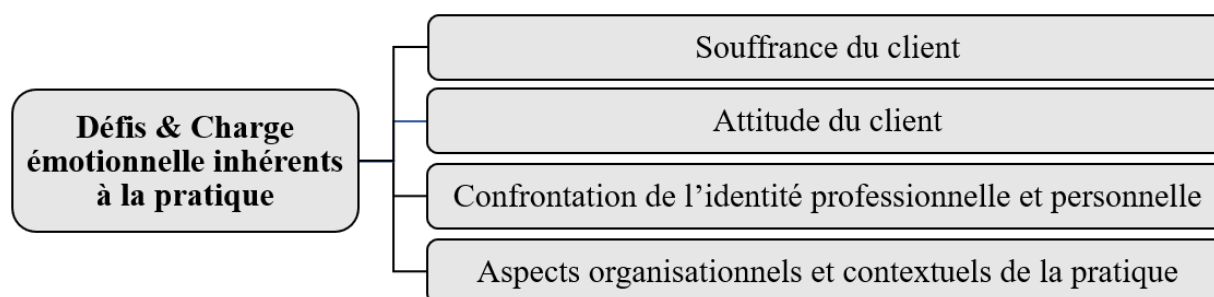


Figure 2. Types de défis inhérents à la pratique étant générateurs de charge émotionnelle

### 7.2.1. Défis reliés à la souffrance du client

Le premier type de situations associé à l'expérience de charge émotionnelle par les ergothérapeutes concerne le contact de la souffrance des clients, soit surtout dans la gestion des idées suicidaires. Ce type de situation semble être celle qui apporte le plus de charge émotionnelle aux participantes. Il s'agit effectivement d'une situation susceptible de faire vivre énormément de stress, d'impuissance et d'inquiétudes aux cliniciens étant donné les conséquences potentielles qui peuvent survenir si les efforts déployés par l'ergothérapeute ne permettent pas de réduire la détresse vécue par le client. En ce sens, une participante mentionne :

Tu sais, des fois on peut faire affaire avec des gens qui ont des pensées suicidaires (...) et on doit faire l'évaluation complète du risque de suicide... Mais je n'ai pas de contrôle sur ce qui se passe à la maison et je n'ai pas de contrôle non plus sur toute la réadaptation des gens... Alors c'est là que je pense que ça peut être utile l'autocompassion par la méditation guidée... Quand on vit des émotions aussi difficiles...

L'expression de la souffrance des clients peut aussi causer des réactions émotives chez les thérapeutes qui augmentent leur expérience de charge émotionnelle, tel que le mentionne cette



participante : « Ça arrive, veut, veut pas, que je me projette dans cette personne-là ou qu'elle me fait penser à quelque chose que j'ai déjà vécu... ».

### **7.2.2. Défis reliés à l'attitude du client**

Les analyses ont mis en évidence un deuxième type de situation générant une charge émotionnelle, soit les défis reliés à l'attitude du client notamment ses comportements désagréables ou dérangeants, tels que les manifestations de colère ou d'agressivité, le dénigrement du clinicien, les plaintes incessantes ou encore le clivage face aux thérapeutes. En ce sens, une participante mentionnait :

Par exemple j'ai eu une situation où une cliente me gossait, où c'était vraiment lourd. Elle avait beaucoup tendance à dramatiser. Tous les traitants de la clinique la trouvaient difficile. Juste quand elle était dans la salle, ils trouvaient ça lourd et difficile. Elle demandait beaucoup d'attention. On dirait qu'elle essayait de chercher des problèmes un peu partout. Elle faisait beaucoup de clivage d'un traitant à l'autre [...]. Donc juste l'avoir dans mon horaire ça ne me tentait pas...

Les clients qui ne se prennent pas en charge, soit qui n'appliquent pas les recommandations thérapeutiques, qui résistent au changement ou encore qui sont réticents à utiliser les outils qui leur sont offerts en thérapie peuvent également générer une charge émotionnelle chez l'ergothérapeute. Une participante mentionne :

Souvent ce qui m'interpelle beaucoup moi c'est les clients qui ne se prennent pas en charge. Tu as beau leur donner une recette toute simple de A à Z avec toutes les étapes, une belle recommandation... Pi ben ils ne l'ont pas fait. Donc, leur cas n'évolue pas parce qu'ils ne se prennent pas en charge. On a presque un plateau thérapeutique... Et la personne se met dans tous ses états...

Finalement, les résultats de l'étude montrent que les comportements que peuvent adopter les clients qui se sentent confrontés par le clinicien représentent une source de charge émotionnelle pour l'ergothérapeute. Une participante l'illustre ainsi:

Des fois on n'a pas le choix de les confronter sur certaines choses, on essaie de le faire de la manière la moins confrontante possible, mais il y a quand même des choses qu'on n'a pas le choix de nommer... Donc les clients ne sont pas toujours contents; il y a des rencontres qui sont plus difficiles que d'autres quand on doit nommer des choses moins agréables pour le client.

### 7.2.3. Défis reliés à la confrontation de l'identité personnelle et professionnelle

Le troisième type de situation ayant été mis en évidence dans les analyses concerne la confrontation de l'identité de l'ergothérapeute. Effectivement, plusieurs éléments de la pratique peuvent remettre en question le sentiment de compétence des ergothérapeutes ainsi que confronter ou remettre en question les valeurs, intérêts, qualités et défauts, tant au niveau personnel que professionnel, ce qui génère une charge émotionnelle.

Ainsi, les situations où les clients confrontent les valeurs du professionnel, leur reflètent ses faiblesses (par leur comportement, leurs idées ou encore directement par leurs paroles), le critiquent inadéquatement ou critiquent les services offerts (approches utilisées ou résultats obtenus par exemple), sont des situations émotionnellement très difficiles pour les cliniciens. En ce sens, une participante expliquait : « C'est par des confrontations de la part de clients qui sont différents de toi (...) [qui vont] te faire miroiter un peu tes valeurs, tes intérêts et tes défauts... ben ça va te faire vivre des émotions d'impatience, de frustration, d'impuissance et tout ça... ».

Selon les analyses, les inquiétudes face à l'Ordre professionnel engendrent aussi un niveau de stress important ainsi qu'une très grande pression de performance chez les ergothérapeutes. Effectivement, la peur de ne pas répondre aux exigences et de perdre son permis de pratique suite à une inspection est nommée comme étant omniprésente dans la pratique. Ces inquiétudes prennent d'ailleurs davantage de place dans la pratique des ergothérapeutes nouvellement gradués. De la même façon, les analyses suggèrent que le sentiment d'efficacité personnelle des cliniciens est diminué lorsqu'ils observent que les clients ne progressent pas dans la thérapie, ce qui engendre une charge émotionnelle importante chez ceux-ci. Une participante témoignait ainsi de ce défi :

Il y en a qui n'avancent pas en thérapie! Même nos clients qui sont là depuis 2-3 ans... Il y en a que même après deux ans de thérapie ils continuent d'avoir les mêmes comportements. Par exemple les boulimiques; il y en a qui vont continuer à avoir des vomissements plusieurs fois par semaine. Donc c'est sûr qu'en termes de sentiment d'efficacité personnelle (...) c'est sûr que ça va créer des enjeux émotionnels au sens où on veut aider, mais on voit qu'on aide moyennement... Donc ça demande parfois des remises en question : " Est-ce que je fais la bonne chose? Est-ce que je suis la bonne personne pour aider? Est-ce que je devrais référer ailleurs? Est-ce que je devrais interrompre le suivi? Donc beaucoup de remises en question dans ce sens-là.

Les résultats suggèrent également que la recherche de l'identité professionnelle en début de carrière représente une source de charge émotionnelle importante au sein de la pratique. Effectivement, les jeunes ergothérapeutes sont toujours en situation d'apprentissage durant leurs premières années de pratique et leur désir premier est de répondre aux attentes des clients ainsi que de leurs supérieurs. Ils présentent donc beaucoup d'insécurité, un grand désir de performance et même parfois un sentiment d'incompétence ainsi que le syndrome de l'imposteur, ce qui augmente la charge émotionnelle vécue en lien avec leur pratique. En ce sens, une participante mentionnait :

Au niveau de la charge émotionnelle, je dirais surtout que quand on commence, qu'on finit l'école, on a le syndrome de l'imposteur. On se sent incompétent. C'est vraiment l'émotion de base que j'ai ressentie. Je me sentais incompétente et ça me stressait.

#### **7.2.4. Défis reliés aux aspects organisationnels et contextuels de la pratique**

Les défis reliés aux aspects organisationnels et contextuels de la pratique ergothérapique représentent le quatrième type de situations étant reliées à la charge émotionnelle des cliniciens. En effet, les résultats suggèrent que la fréquence et la durée des suivis qui ne sont pas toujours adaptés aux besoins des clients, ce qui augmente la charge émotionnelle vécue par les ergothérapeutes. Effectivement, il n'est pas rare que les ergothérapeutes doivent cesser rapidement les traitements avec leurs clients, alors que des besoins fonctionnels importants demeurent, en raison de contraintes administratives et de rendement. Cela se produit autant dans les milieux de pratique du secteur privé que du secteur public. De la même façon, il arrive que les clients aient des besoins qui nécessitent un suivi de fréquence plus élevée, alors que le contexte organisationnel de soins ne le permet pas. Ces situations engendrent donc une charge émotionnelle importante puisque les ergothérapeutes tentent d'offrir les meilleurs services à leurs clients, mais qu'ils doivent se conformer aux balises organisationnelles et contextuelles de la pratique, ce qui peut parfois freiner l'adoption d'une approche personnalisée et répondant à leurs besoins idiosyncrasiques.

Les obstacles à la réadaptation des clients reliés à leur contexte environnemental constituent aussi une source de charge émotionnelle importante, comme le rapporte cette participante :

Puis des fois aussi ce qui va me rendre plus émotive c'est quand je sais que la personne a vraiment le potentiel d'aller jusqu'au bout du programme, mais qu'il y a des facteurs comme l'employeur ou des changements au niveau de la médication par exemple qui font en sorte que toutes les semaines qu'on a fait comme travail ensemble... Ben ça ne nous permet pas d'arriver au but; on n'arrive pas au retour au travail... Donc des fois ça va être frustrant et décevant... Surtout pour la personne; de la voir travailler et de voir que l'employeur n'est pas ouvert à s'adapter. Donc ça, c'est ce que je dirais qui vient le plus me chercher.

Autrement, la gestion du temps et de l'horaire de travail représente une source importante de stress chez les ergothérapeutes en raison de leur charge de travail qui ne cesse de grandir.

### 7.3 Utilisation de l'autocompassion

Un second objectif de recherche était d'explorer de quelle façon les ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble de santé mentale utilisent l'autocompassion. Suite aux analyses, l'utilisation de l'autocompassion serait en fait décrite par un cycle complexe de quatre étapes, tel qu'illustré par la Figure 3.

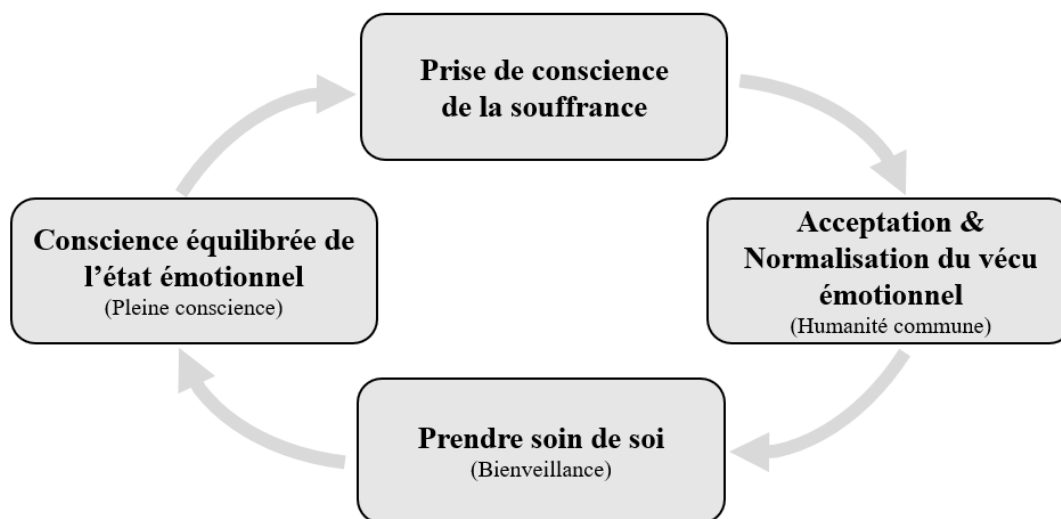


Figure 3. Cycle de l'utilisation de l'autocompassion

La première étape serait la prise de conscience de la souffrance ou encore des émotions négatives ressenties face à la situation vécue. La deuxième étape serait ensuite d'accepter et de normaliser le vécu émotionnel, soit la souffrance observée à la première étape. Celle-ci fait donc appel à l'attribut « humanité commune » de l'autocompassion. La troisième étape serait de prendre soin de soi, faisant à son tour appel à l'attribut « bienveillance » de l'autocompassion. Finalement,

la quatrième serait l'atteinte d'une conscience équilibrée de l'état émotionnel, traduisant alors la pleine conscience, lequel constitue le troisième attribut de l'autocompassion.

À la suite de cette dernière étape, la personne qui utilise l'autocompassion se verrait continuer le cycle, soit en recommençant à l'étape initiale. En utilisant de plus en plus l'autocompassion, chacune des étapes du cycle se verra être plus automatique, permettant alors à l'utilisateur expérimenté d'atteindre un état de conscience équilibrée de l'état émotionnel plus aisément dans son quotidien. Pour mieux illustrer le cycle, chacune des étapes sera décrite ci-dessous.

### **7.3.1. Prise de conscience de la souffrance**

La première étape est la prise de conscience de la souffrance. Selon les participantes, elle nécessite une prise de distance de la situation ainsi qu'une exploration des émotions vécues face à une situation rencontrée, et ce, de façon rétrospective ou immédiate. L'objectif de cette étape serait donc de prendre conscience des émotions engendrées par la situation et des éléments pouvant expliquer la souffrance ressentie. Cela peut aussi nécessiter de prendre conscience des éléments de notre vécu ou de notre personnalité qui peuvent influencer nos réactions émotionnelles face à ce type de situation.

Cette exploration du vécu émotionnel peut s'apparenter à une forme limitée et préalable de pleine conscience puisqu'elle décrit le fait d'être pleinement conscient et à l'écoute de ses pensées et sentiments, mais sans nécessairement être en mesure de les maintenir dans une conscience équilibrée à ce stade du cycle d'autocompassion. Une participante décrit cette étape du cycle comme suit :

Donc pour moi comment je le mets en place dans un premier temps c'est beaucoup de m'arrêter et de prendre un temps à me dire que cette situation-là, ce client-là, cette journée-là... Qu'est-ce qu'elle me fait vivre là, quelles sont les émotions que je vis là... Donc c'est de me demander de l'honnêteté envers moi-même. C'est beaucoup de m'arrêter et d'y aller avec une notion de pleine conscience; souvent ça va être après, mais souvent ça va être pendant aussi.

### **7.3.2. Acceptation et normalisation du vécu émotionnel**

La deuxième étape du cycle d'utilisation de l'autocompassion est l'acceptation et la normalisation du vécu émotionnel. Elle fait appel à l'attribut « humanité commune » de l'autocompassion. En effet, selon les participantes, dans l'utilisation de l'autocompassion, après avoir exploré les émotions ressenties en lien avec la situation de souffrance, il est nécessaire de prendre conscience des critiques qu'on se fait et de modifier ce discours critique interne. L'objectif est donc d'adopter volontairement une attitude de non-jugement face à soi-même.

Pour arriver à diminuer ce discours critique, les participantes expliquent qu'il est nécessaire de prendre conscience que tous les humains vivent de la souffrance et de se rappeler que les émotions négatives font partie de la vie. Ces idées décrivent donc l'attribut de l'autocompassion qu'on appelle l'humanité commune. Une façon d'y arriver serait de se parler avec plus de tendresse et de se donner un surnom bienveillant tel que « ma belle » ou encore « ma cocotte ». Cela diminuerait l'utilisation de surnoms péjoratifs à l'endroit de soi-même lorsqu'on vit une déception ou une frustration.

Une participante résume cette étape comme étant le fait d'« accueillir les difficultés dans une optique de bienveillance plutôt que de toujours s'en demander plus et être sévère envers nous-mêmes ». En ce sens, une participante illustre cette étape comme suit :

Après ça souvent moi c'est un peu d'appliquer la notion de non-jugement dans un deuxième temps. Au lieu d'essayer de me critiquer, au lieu de me dire « bon je ne suis pas une bonne thérapeute, je n'ai pas un œil neutre par rapport à cette situation-là parce que je vis de la sympathie au lieu de l'empathie [par exemple] » ... Donc au lieu de me critiquer [...] d'y aller vers une espèce de non-jugement, de juste observer ce qui se passe et juste de reconnaître et d'apporter un œil plus neutre...

### **7.3.3. Prendre soin de soi**

Prendre soin de soi constitue ensuite la troisième étape de l'autocompassion. Celle-ci s'apparente à l'attribut de bienveillance de l'autocompassion. En effet, la diminution du discours critique qu'on peut avoir envers soi-même dans une situation émotionnellement difficile permet par la suite de prendre soin de soi et de faire preuve de bonté ainsi que de bienveillance envers soi-même.

Pour y arriver, il est nécessaire de prendre du temps pour soi et pour s'arrêter. Il y a donc plusieurs façons de prendre soin de soi, tel que de faire du sport, du yoga, en écoutant de la musique, en faisant de la relaxation ou encore en faisant des exercices de respiration. La méditation, libre ou guidée, est aussi un moyen très populaire auprès des utilisateurs de l'autocompassion pour prendre soin de soi lorsque les émotions sont trop envahissantes. Autrement, prendre soin de soi au travail peut être fait en s'accordant davantage de pauses durant les journées de travail, en s'autorisant davantage à parler de nos émotions ou des situations difficiles qui sont vécues aux collègues ou aux proches. Aussi, dans le quotidien, le simple fait de prioriser les activités qui nous font du bien peut être une bonne façon de prendre soin de soi.

Le fait de prendre soin de soi avec l'autocompassion ne s'arrête cependant pas seulement aux gestes concrets nommés ci-haut. Cela nécessite aussi un changement dans le discours intérieur que nous utilisons envers nous-mêmes. Effectivement, prendre soin de soi face à une émotion difficile signifie aussi d'être en mesure de se calmer soi-même avec des pensées, des mots et des gestes bienveillants. Plusieurs utilisateurs de l'autocompassion traduisent cela comme le fait d'être avec soi comme on pourrait l'être avec son meilleur ami. En ce sens, une participante mentionne :

[L'autocompassion] c'est la capacité de se tourner vers soi comme on se tournerait vers un être qu'on aime beaucoup ou se tourner vers un enfant pour en prendre soin. Se tourner vers soi avec les mêmes yeux, le même cœur ouvert... Puis avec la même bienveillance. Être comme on prendrait soin de son meilleur ami aussi. Je trouve qu'avoir de la compassion pour soi c'est être son meilleur ami, s'apporter du réconfort dans nos peines, nos difficultés...

#### **7.3.4. Pleine conscience et conscience équilibrée de l'état émotionnel**

La quatrième et dernière étape de l'utilisation de l'autocompassion est l'atteinte d'une pleine conscience dans les activités routinières et en présence d'émotions négatives. On peut aussi la décrire comme l'atteinte d'une conscience équilibrée de l'état émotionnel, ce qui signifie qu'une fois rendues à cette étape, les émotions sont acceptées plutôt que ruminées. L'atteinte de cette pleine conscience traduit donc l'absence d'une suridentification aux émotions négatives et de jugement de soi face à la situation de souffrance. Une participante mentionnait à ce sujet :

Juste observer ce qui se passe, de le reconnaître et d'apporter un œil plus neutre... Ça amène déjà une espèce d'acceptation de la situation on dirait; une espèce de lâcher-prise... Un vent nouveau. On dirait que ça aide déjà à être mieux dans la situation de faire ça.

Cette dernière étape illustre alors l'atteinte graduelle d'un état de conscience de plus en plus équilibrée de l'état émotionnel dans le quotidien. Effectivement, c'est en utilisant souvent l'autocompassion que l'atteinte de cet état deviendra peu à peu automatique et que la pleine conscience deviendra instinctive face aux situations souffrantes. Une participante explique justement :

Et ça va être plus facile de les observer [les émotions] et de venir utiliser une espèce de pleine conscience à travers ça... De mieux les identifier, ces moments-là; de se dire "là le patient vient me chercher parce que...". Il y a... Pas un automatisme, mais... Plus que tu le fais plus que tu es capable de le reconnaître; que telle situation là est encore en train de me faire vivre telles émotions... Et de les gérer...

Cette dernière étape ne met donc pas fin au cycle. Elle doit au contraire être atteinte le plus souvent possible pour permettre l'atteinte d'une conscience de plus en plus équilibrée de l'état émotionnel, soit une pleine conscience instinctive dans les activités quotidiennes, et ce, même en présence d'émotions difficiles. Ainsi, plus le cycle est répété, plus la personne aura de la facilité à faire preuve d'acceptation et de pleine conscience dans les situations souffrantes ou inconfortables, puis de prendre adéquatement soin de soi face à celles-ci. C'est donc ainsi que l'autocompassion deviendra un automatisme pour son utilisateur, et non seulement une réponse volontaire à une situation de souffrance.



## 7.4. Bienfaits de l'autocompassion

Le dernier objectif de la recherche était de décrire les bienfaits de l'autocompassion en regard de la charge émotionnelle des ergothérapeutes cliniciens travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble de santé mentale. Les résultats suggèrent que son utilisation aurait des bienfaits tant au niveau personnel que professionnel, tel qu'illustré à la Figure 4. Ceux-ci seront décrits davantage ci-dessous.

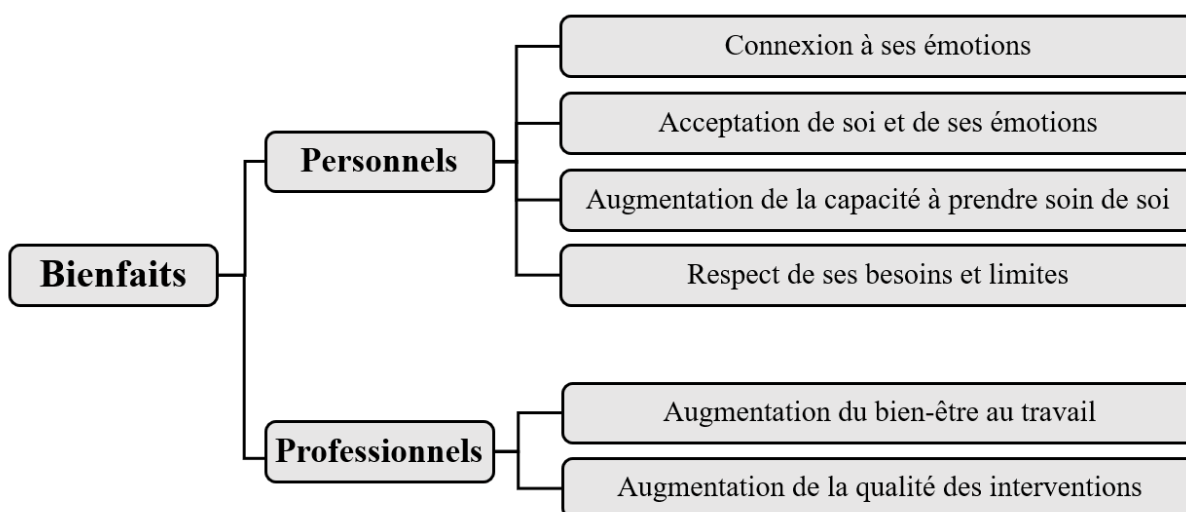


Figure 4. Bienfaits liés à l'utilisation de l'autocompassion

### 7.4.1. Bienfaits personnels

Quatre types de bienfaits personnels liés à l'utilisation de l'autocompassion ont été identifiés suite aux analyses. Il s'agit de l'augmentation de la connexion à ses émotions, de l'acceptation de soi et de ses émotions, de la capacité à prendre soin de soi et du respect de ses besoins et limites.

#### 7.4.1.1. Connexion à ses émotions

Tout d'abord, l'utilisation de l'autocompassion par les ergothérapeutes permet une meilleure identification et exploration des émotions vécues dans leur pratique ainsi que des facteurs pouvant les expliquer. Elle permet aussi une diminution de la réactivité émotionnelle. En ce sens, une participante mentionne :

Je me trouve plus calme et moins... Pas moins émotive... Parce que les émotions viennent autant qu'avant au contraire... Sauf que je vais être plus attentive à mes émotions. (...) Et on dirait que je me les approprie un peu plus et que je les explore plus.

De la même façon, l'utilisation de l'autocompassion permet une diminution de la résistance face aux émotions, ce qui permet à son utilisateur d'avoir le désir et la capacité de prendre soin de soi ainsi que de son vécu émotionnel. Une participante mentionnait d'ailleurs que l'autocompassion permet « de faire de l'espace à l'émotion au lieu de la combattre. (...) Mais ça permet aussi d'être en mesure de regarder l'émotion sans se lancer dedans ».

#### ***7.4.1.2. Acceptation de soi et de ses émotions***

En second lieu, l'utilisation de l'autocompassion permet une meilleure acceptation de soi et de ses émotions. Une participante mentionne :

Je pense que ça m'aide à... Que je réussis à me permettre d'être juste un être humain, pas un robot... Et accepter que des fois j'aie des journées plus difficiles que d'autres, que des fois je ne me sens pas 100% experte comme je voudrais l'être... Donc je pense que ça me permet de simplement donner le meilleur de moi-même (...), d'être moins insécure ou de plus accueillir ce que je suis à 100%.

Ainsi, comme elle l'indique, l'autocompassion permet à l'ergothérapeute qui l'utilise de normaliser son vécu émotionnel ainsi que de s'accepter et d'accueillir la personne qu'elle est. L'utilisation de cet outil permet donc d'augmenter l'amour propre que chacun peut avoir envers soi-même ainsi que d'adopter une attitude de non-jugement face à soi. Il favorise une diminution des critiques personnelles et des remises en question qui peuvent émerger lorsqu'on se retrouve dans une situation émotionnellement difficile. L'utilisation de l'autocompassion permet donc un lâcher-prise face aux insécurités personnelles ainsi qu'une diminution du stress que ceux-ci peuvent entraîner.

#### **7.4.1.3. Augmentation de la capacité à prendre soin de soi**

Pour poursuivre, l'utilisation de l'autocompassion augmente la capacité à prendre soin de soi. En effet, une participante mentionne :

Je pense que l'autocompassion, ça m'aide en même temps de prendre soin de moi parce que ça me permet de mieux reconnaître mes ressources et reconnaître ce qui m'appartient à moi versus aux clients... Et de prendre soin de moi plus au jour le jour, tu sais, au fur et à mesure... Être plus accueillante envers moi. Être je dirais... Comme meilleure avec moi-même. De me consoler (...), de prendre soin de moi.

Ainsi, l'utilisation de l'autocompassion augmente le désir et la capacité à prendre soin de soi face à une émotion difficile. Cela est effectivement rendu possible par la diminution de l'autojugement et du discours critique envers soi-même que l'autocompassion permet, tel qu'il a été exposé à la section précédente. Ainsi, l'autocompassion permet d'intégrer plus de bienveillance dans le discours intérieur qu'on peut avoir envers soi-même. Il permet aussi de mettre en place des stratégies personnalisées pour prendre soin de soi, soit par exemple prendre une pause suite à une rencontre difficile ou lorsque la tenue de dossier semble plus ardue, sortir dîner à l'extérieur du travail ou encore faire une activité qui nous reconforte suite à une journée plus difficile.

De la même façon, l'autocompassion favorise l'augmentation de l'autonomie émotionnelle. Effectivement, selon les résultats, son utilisation améliorerait le soutien émotionnel qu'on peut se procurer à soi-même. Cette autonomie émotionnelle permettrait même pour certains utilisateurs de ne plus être dans l'attente du réconfort d'autrui lorsqu'un événement souffrant survient et ainsi avoir moins d'attentes envers les autres au quotidien. Une participante illustre cela en mentionnant :

Juste après la journée de formation sur l'autocompassion justement, il est arrivé une situation à l'extérieur du travail où je ne me sentais pas super... À ce moment-là au lieu de vivre une frustration ou d'aller eh... Je ne sais pas comment l'expliquer, mais au lieu de m'attendre justement à ce que les autres viennent me reconforter par rapport à ça, je me suis rendu compte que spontanément j'ai été m'isoler et j'ai pris soin de ce que j'avais vécu... Donc c'est là que je me suis rendu compte que j'étais en train de l'intégrer l'autocompassion dans ma vie personnelle...

#### **7.4.1.4. *Respect de ses besoins et limites***

De surcroît, l'utilisation de l'autocompassion permet une meilleure identification de ses besoins et limites personnels ainsi que professionnels. Son utilisation permet donc de se respecter davantage et de se sentir moins coupable de le faire. Certaines participantes nommaient entre autres le fait que depuis qu'elles utilisent l'autocompassion, elles prennent davantage de pauses durant leur journée de travail, leur permettant ensuite d'être plus productives dans les tâches qu'elles entreprennent.

De la même façon, le fait de mieux reconnaître leurs limites personnelles et professionnelles permet de diminuer le stress de performance ainsi que le surinvestissement émotionnel que peuvent avoir les ergothérapeutes envers les clients ou la pratique. Une participante mentionne notamment : « je pense que l'autocompassion me permet de mieux reconnaître mes ressources et reconnaître ce qui m'appartient à moi versus aux clients ». Les ergothérapeutes vont donc davantage reconnaître les limites de leur expertise et être en mesure de mieux reconnaître si une absence de résultat chez un client leur appartient ou non, tel que le rapporte cette participante :

Des fois je vais sentir qu'un client n'est pas satisfait de ce qu'il vient chercher et je me dis « Bon, regarde, accepte-le toi aussi, il est rendu là. Ce n'est pas parce que ce que tu donnes n'est pas bon, c'est juste parce qu'il n'est pas capable, il n'est pas rendu à prendre ça... ». Donc je vais avoir plus d'accueil, alors que cette situation-là m'aurait peut-être plus touchée et impatientée auparavant.

Ainsi, l'autocompassion favorise le lâcher-prise des ergothérapeutes et la diminution des enjeux émotionnels vécus face à leur pratique clinique. L'autocompassion permet aussi aux ergothérapeutes de trouver un meilleur équilibre occupationnel entre la vie personnelle et professionnelle puisqu'ils sont en mesure de « laisser le travail au travail », comme le rapporte cette participante :

[L'autocompassion] me permet aussi de plus décrocher à l'extérieur de mon travail... Parce que si justement il est arrivé une situation et que tu n'as pas pris soin de soi, tu n'as pas connecté avec ce que ça t'a fait vivre... Ben tu vas partir un peu avec ces idées-là dans ton auto, tu vas y penser toute la fin de semaine... Et moi je me rends compte que ça, ça pourrait vraiment détruire mon équilibre. Je me dis que le fait de le pratiquer, grâce à ça j'arrive le lundi matin et je ne me rappelle même

plus de ce que j'ai fait le vendredi. Au sens où j'ai réussi à complètement décrocher de mon travail en me disant : « j'ai fait ce que je pouvais, je ne suis pas responsable de la personne ou du résultat... ». Parce qu'en fait on est responsable des interventions faites et non du résultat...

#### **7.4.2. Bienfaits professionnels**

Les bienfaits professionnels de l'utilisation de l'autocompassion qui ont été identifiés suite aux analyses sont une augmentation du bien-être au travail ainsi qu'une augmentation de la qualité des interventions ergothérapeutiques. Ces bienfaits sont alors rendus possibles grâce aux bienfaits personnels identifiés à la section précédente puisqu'ils représentent les impacts professionnels que ces bienfaits personnels peuvent avoir.

##### ***7.4.2.1. Augmentation du bien-être au travail***

Le premier bienfait professionnel relié à l'utilisation de l'autocompassion est l'augmentation du bien-être au travail. Effectivement, l'autocompassion permet aux ergothérapeutes qui l'utilisent de vivre davantage d'émotions positives en lien avec la pratique professionnelle ainsi que moins d'émotions négatives face aux clients difficiles tels que la frustration, l'impatience, le sentiment d'incompétence ou même la déception. Une participante mentionne alors à ce sujet : « Ça m'a permis d'avoir des émotions plus positives; moi en tant que thérapeute, envers ma pratique, envers l'ergo... Un meilleur intérêt (...) et d'avoir envie d'aller travailler ».

Ainsi, l'utilisation de l'autocompassion permet d'augmenter le plaisir ressenti au travail ainsi que l'intérêt professionnel des ergothérapeutes qui l'utilisent. En effet, la majorité des bienfaits personnels permis par l'autocompassion qui ont été nommés plus haut favorisent, au long cours, l'atteinte d'un état de bien-être au travail. Par exemple, l'autocompassion permet une diminution des ruminations que les ergothérapeutes peuvent avoir en lien avec les clients ainsi qu'une augmentation du lâcher-prise. Cela leur permet donc d'avoir un meilleur sentiment de compétence et de ressentir moins d'anxiété de performance ainsi que de stress relié à l'emploi. De la même façon, comme il a été mentionné plus haut, l'utilisation de l'autocompassion par les ergothérapeutes favorise l'établissement d'un meilleur équilibre occupationnel entre le travail et la vie personnelle et permet de plus facilement décrocher du travail lors de leur congé. Cela augmente donc le bien-être ressenti au travail.

#### ***7.4.2.2. Augmentation de la qualité des interventions***

Le deuxième bienfait professionnel relié à l'utilisation de l'autocompassion par les ergothérapeutes est l'augmentation de la qualité des interventions cliniques. Effectivement, son utilisation génère une augmentation de la qualité de la relation thérapeutique ainsi qu'une meilleure disponibilité émotionnelle et cognitive des thérapeutes face au client. L'utilisation de l'autocompassion permettrait donc d'augmenter la patience et l'écoute ainsi que de diminuer les réactions émotionnelles spontanées que peuvent avoir les ergothérapeutes face à leurs clients. Cet outil permet ainsi d'augmenter l'authenticité dont peuvent faire preuve les ergothérapeutes face à leurs clients puisqu'ils sont capables de plus de compassion pour ceux-ci. À ce sujet, une participante mentionne :

Je pense que le fait de pratiquer [l'autocompassion], ça me permet d'être plus disponible pour la personne; parce que justement, si elle me dit un commentaire et que je suis là pour défendre mon égo et que je ne me sens pas bien... Et bien ça se peut que je ne sois pas tellement attentive finalement aux besoins de la personne. (...) Je donne un exemple; une mère monoparentale qui fait une crise et tu essaies de la rassurer... Mais elle te dit " Toi tu ne connais rien de ma vie, tu es trop jeune pour comprendre "... Donc ça te travaille à l'intérieur de toi... Puis si je suis juste à défendre ça et à rester un peu dans l'attaque... Parce qu'elle m'attaque pour me jeter sa souffrance... Donc si moi je ne porte pas attention à ce que ça m'a fait et que je reste dans mes réactions émotionnelles, je ne peux pas être là pour l'écouter en même temps.

L'autocompassion favorise donc l'augmentation de l'aisance des ergothérapeutes face à la souffrance ou le vécu émotionnel des clients, un meilleur accueil de cette souffrance, ainsi que l'augmentation de l'attitude de non-jugement dont ils sont capables d'adopter face à celui-ci. Certaines participantes traduisent ces bienfaits comme permettant une augmentation du savoir-être des cliniciens ainsi qu'une augmentation de la douceur dont il peut faire preuve envers le client souffrant. De la même façon, l'utilisation de l'autocompassion permet une meilleure acceptation du client par l'ergothérapeute, soit de ses valeurs ainsi que sa vision des choses, lorsqu'ils diffèrent des siens. En ce sens, une participante mentionne :

J'ai une situation où une cliente me tannait, me gossait, me frustrait (...). Normalement dans la vie de tous les jours, je ne serais pas amie avec une personne comme ça, donc c'est sûr qu'en tant que thérapeute ça vient te chercher. Donc cette pratique-là me permet de me centrer sur autre chose que sur les aspects qui me dérangent ou qui me travaillent plus... Donc je vais avoir plus d'ouverture, plus de non-jugement, plus d'écoute. Je vais faire de meilleures interventions dans le fond.

Finalement, les résultats suggèrent que l'utilisation de l'autocompassion permet d'augmenter de la concentration et de l'attention dans ses tâches cliniques, tel que le mentionne une des participantes :

C'est sûr que je trouve que l'autocompassion, ça permet de moins dépasser mes limites... Et au niveau de la tenue de dossiers, ce n'est pas toujours évident. (...) Donc peut-être qu'au niveau cognitif je suis plus capable de me concentrer parce que je suis plus dans le moment présent, moins dans l'émotion et que je me permets plus de pauses après une entrevue difficile.

## **8. DISCUSSION**

L'objectif principal de ce projet était d'explorer les bienfaits reliés à l'utilisation de l'autocompassion par les ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble de santé mentale en regard de la charge émotionnelle vécue dans le cadre de leur pratique. Les deux objectifs secondaires étaient de décrire les défis et les sources de charge émotionnelle que ceux-ci vivent dans leur pratique ainsi que d'explorer la façon dont ils utilisent l'autocompassion face à ces défis. Ces objectifs visaient à mettre en évidence les bénéfices de cette utilisation dans la perspective de mettre éventuellement en place des stratégies pour prévenir l'épuisement professionnel chez les ergothérapeutes.

Dans cette section seront alors discutés les résultats de ce projet en regard des écrits recensés ainsi que du Modèle conceptuel de l'autocompassion de Reyes (2012). La charge émotionnelle des ergothérapeutes travaillant en santé mentale sera donc discutée, suivie des différentes étapes décrivant le processus d'utilisation de l'autocompassion face à celle-ci, pour finir par les bienfaits reliés à cette utilisation. Finalement, les différentes retombées de ce projet sur la pratique ergothérapique ainsi que les forces et les limites de cette étude seront abordées.

### **8.1.1. Charge émotionnelle des ergothérapeutes**

Tout d'abord, les résultats de cette étude démontrent que les ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant des troubles de santé mentale sont susceptibles de vivre de nombreux défis émotionnels dans leur pratique. Cela concorde avec les écrits recensés. La littérature existante ne permettait cependant pas de documenter les sources de cette charge émotionnelle vécue par les ergothérapeutes, puisqu'elle se penchait davantage sur les défis communs à tous les professionnels de la santé ou encore sur les défis relevant de l'ambiguïté de rôle des ergothérapeutes. Les défis émotionnels relevés dans les résultats concernent les enjeux reliés à la souffrance du client, à l'attitude du client, à la confrontation de l'identité professionnelle et personnelle du clinicien par le client ainsi qu'aux aspects organisationnels et contextuels de la pratique. La rencontre de ces enjeux s'explique en grande partie par le rôle professionnel que les ergothérapeutes travaillant en santé mentale occupent et par la vulnérabilité ainsi que la détresse émotionnelle considérable que cette clientèle présente.



Les résultats illustrent que les ergothérapeutes sont personnellement touchés lorsqu'un client dévoile de la souffrance reliée à un très lourd vécu, à des blessures émotionnelles douloureuses ou lorsqu'ils font face à un client ayant des pensées suicidaires. Les participantes mentionnaient d'ailleurs qu'il n'était pas rare pour elles de s'identifier à la situation du client très souffrant, ce qui suscitait alors chez elles des émotions négatives ainsi qu'une charge émotionnelle importante. Ces résultats convergent avec ceux l'étude de Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini et Holz (2001) qui nommait le travail émotionnel des professionnels comme étant le stresser le plus important relié aux tâches professionnelles. La gestion des pensées suicidaires, de la détresse et des comportements que peuvent avoir les clients étaient d'ailleurs les défis identifiés comme étant les plus importants pour la majorité des ergothérapeutes ayant participé à l'étude.

Ces résultats concordent avec les écrits de Coetzee et Klopper (2010), selon qui il est possible de croire que l'exposition à la souffrance des clients par les ergothérapeutes en santé mentale pourrait mener à la fatigue de compassion, un concept illustrant l'impact du travail émotionnel répétitif effectué par le professionnel empathique menant à l'accumulation de stress de compassion non soulagé. De la même façon, Figley (2002) illustre dans son Modèle causal que cette exposition prolongée à la souffrance par le thérapeute présentant une capacité d'empathie, une préoccupation empathique et utilisant des réponses empathiques peut mener à la fatigue de compassion. C'est alors cette fatigue de compassion qui lui pourrait mener ces professionnels à l'épuisement.

Les résultats illustrent aussi que les ergothérapeutes vivent des enjeux reliés à l'attitude des clients qui contribuerait aussi grandement à la charge émotionnelle qu'ils ressentent en lien avec leur pratique. En effet, les résultats suggèrent que les ergothérapeutes peuvent vivre une charge émotionnelle importante face à un client qui présente une attitude désagréable ou inappropriée tels qu'être colérique ou agressif, les dénigrer personnellement ou encore se plaindre sans arrêt. Les clients vivant avec des troubles de santé mentale peuvent parfois présenter des difficultés au niveau de leurs habiletés relationnelles et de la gestion des émotions (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). Ils peuvent aussi parfois présenter des comportements impulsifs ou mésadaptés en raison de ces difficultés relationnelles (American Psychiatric Association, 2013). Ainsi, les enjeux

reliés à l'attitude des clients rapportés par les participantes font partie intégrante de la pratique ergothérapique en santé mentale.

Dans un autre ordre d'idées, il serait possible de croire que les enjeux vécus par les ergothérapeutes en lien avec l'attitude des clients pourraient aussi être expliqués par la mise à l'épreuve de la réalité que les clients peuvent vivre lorsqu'ils reçoivent des services d'ergothérapie. Effectivement, étant une profession qui utilise des thérapies par l'activité et qui vise l'autonomie dans les occupations, les clients vont souvent entrer en contact avec leurs limites personnelles en présence de l'ergothérapeute. Il s'agit d'ailleurs d'un des rôles de l'ergothérapeute de palier aux difficultés occupationnelles du client (Association canadienne des ergothérapeutes, 2016a). Pour comprendre ces difficultés, le professionnel et son client seront donc mis en contact avec les limites personnelles du client. Effectivement, comme l'explique l'Association canadienne des ergothérapeutes (2016a), l'ergothérapeute « tentera de découvrir pourquoi vous ne pouvez accomplir ce que vous voulez ou devez accomplir ». Cela pourra être très confrontant pour le client et lui faire vivre des émotions difficiles en présence du thérapeute. Ainsi, comparativement à d'autres thérapies basées sur la parole, telle que la psychologie par exemple, où le client peut camoufler ses difficultés, l'ergothérapie amène le client à vivre une mise à l'épreuve de la réalité. La confrontation qu'ils font vivre à leurs clients peut donc amener les ergothérapeutes à vivre un stress supplémentaire face à leur pratique.

Autrement, les résultats montrent que les ergothérapeutes travaillant en santé mentale vivent aussi des enjeux émotionnels en lien avec la confrontation de leur identité personnelle et professionnelle. Ils proposent alors que les ergothérapeutes ont tendance à remettre en question leur sentiment de compétence lorsque leurs clients ne progressent pas dans la thérapie, ce qui n'avait pas été anticipé dans la recension des écrits. Cette absence d'amélioration chez les clients peut ébranler le sentiment d'efficacité personnel des ergothérapeutes, étant décrit par Bandura (1997) comme étant la conviction de la personne selon laquelle elle est capable d'organiser et d'exécuter des plans d'action nécessaires pour produire les acquis désirés et étant construite à partir de croyances personnelles, d'états psychologiques et surtout d'expériences passées. Ainsi, la remise en question du sentiment de compétence ainsi que la diminution du sentiment d'efficacité personnel peuvent avoir une influence négative sur le développement de l'identité professionnelle

de l'ergothérapeute, et ce, surtout chez les jeunes cliniciens. L'absence d'amélioration de leurs clients pourrait donc causer de l'insécurité, des émotions désagréables et même de la détresse chez ces professionnels, augmentant alors la charge émotionnelle vécue en lien avec leur pratique. Il s'agit d'ailleurs d'un enjeu qui est fréquemment rencontré par les cliniciens travaillant avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale en raison de la chronicité de ces troubles, des rechutes récurrentes que vivent les clients, des suivis psychiatriques qui s'étendent sur plusieurs années, ainsi que de multiples retours dans les milieux de soins que peuvent vivre ces clients (Gendreau, 2009). Il est donc rare pour ces cliniciens de faire l'expérience d'avoir réglé le problème pour de bon, ce qui diminue le sentiment d'accomplissement que peuvent vivre les ergothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle.

Ces résultats convergent avec l'étude de Ventura, Salanova et Llorens (2014) qui a démontré que l'efficacité personnelle joue un rôle important face au développement de l'identité professionnelle et qu'un pauvre sentiment d'efficacité personnel peut mener à l'anxiété, la dépression ainsi que l'épuisement professionnel. Edwards et Dirette (2010) ont quant à eux démontré que le manque d'accomplissement personnel ainsi que de reconnaissance chez les ergothérapeutes expliquerait leur pauvre identité professionnelle et que cette pauvre identité professionnelle les rendrait vulnérables à l'épuisement professionnel.

Cela étant dit, la relation de proximité qu'entretiennent les ergothérapeutes avec leurs clients pourrait aussi contribuer à cette confrontation d'identité. En effet, comme l'illustrent Brown, Schell et Pashniak (2017), pour travailler sur le fonctionnement déficitaire des clients présentant des troubles de santé mentale, le développement d'une relation thérapeutique et d'un lien de confiance est absolument nécessaire afin que le professionnel ait accès aux pensées, aux sources d'incapacités ou encore aux éléments de souffrance du client. Il est donc possible de croire que cette proximité entre le client et le thérapeute pourrait permettre au client de saisir les vulnérabilités et fragilités du thérapeute. Il pourrait alors utiliser ces fragilités pour confronter l'identité du thérapeute dans des moments difficiles ou dans des situations où celui-ci ne se retrouve pas dans une position qui l'avantage par exemple.

Les résultats ont aussi révélé que les ergothérapeutes travaillant en santé mentale vivent des enjeux reliés aux aspects organisationnels et contextuels de la pratique, tels que le manque de

contrôle sur la fréquence et la durée des suivis, les obstacles propres au client face à sa réadaptation socioprofessionnelle (ex. : médication ou employeur) ainsi que la charge de travail élevée. Ces résultats convergent avec les stressors identifiés dans les écrits de Maslach, Shaufeli et Leiter (2001) qui avaient été identifiés comme étant applicables aux ergothérapeutes, soit concernant l'offre de services à un large volume de clients, la charge de travail élevée, les ressources limitées du milieu ainsi que l'absence de contrôle sur leur utilisation. Cela dit, même s'il s'agit de stressors n'étant pas propres à la pratique ergothérapique, ils sont décrits par ces auteurs comme pouvant contribuer à la prévalence de l'épuisement professionnel chez ceux-ci.

En somme, les résultats de cette étude sont en accord avec les multiples études empiriques ayant démontré que les ergothérapeutes sont à haut risque d'épuisement professionnel (Balogun, Titiloye, Balogun, Oyeyemi & Katz, 2002; Lloyd & King, 2004; Painter, Akroyd, Elliot & Adams, 2003; Schlenz, Guthrie & Dudgeon, 1995). Les défis identifiés représentent donc de potentiels antécédents de l'autocompassion pour les ergothérapeutes, tels que décrits dans le Modèle conceptuel de l'autocompassion de Reyes (2012). Ils traduisent effectivement les différentes sources potentielles de souffrance ayant mené les participantes au désir de prendre soin de soi par l'utilisation de l'autocompassion.

### **8.1.2. Utilisation de l'autocompassion**

Selon les résultats, le processus décrivant l'utilisation de l'autocompassion se ferait typiquement selon un cycle de quatre étapes. Les résultats montrent que les différentes étapes d'utilisation de l'autocompassion représentent individuellement chacun des attributs principaux de l'autocompassion tels qu'ils sont illustrés dans le Modèle conceptuel de l'autocompassion de Reyes (2012). En effet, la première étape du processus d'utilisation de l'autocompassion est la prise de conscience de la souffrance, qui traduit une forme préalable de pleine conscience. La deuxième étape, soit l'acceptation et la normalisation du vécu émotionnel, traduit l'attribut de l'humanité commune de l'autocompassion. La troisième étape, soit le fait de prendre soin de soi, représente ensuite l'attribut de bienveillance de l'autocompassion. Finalement, la dernière étape est la conscience équilibrée de l'état émotionnel, représentant l'attribut de pleine conscience de l'autocompassion. Suite à cette dernière étape, le cycle serait à répéter. Ainsi, en utilisant de plus en plus l'autocompassion, le cycle deviendrait de plus en plus automatique, permettant l'atteinte

d'une conscience équilibrée de l'état émotionnel ainsi que d'une pleine conscience instinctive dans les activités quotidiennes.

Malgré la pertinence des résultats obtenus, cette conceptualisation du processus d'utilisation de l'autocompassion ne peut qu'être une esquisse étant donné la complexité des processus en jeu dans l'autocompassion. Il s'agit effectivement d'un outil qui nécessite beaucoup de pratique pour être compris et utilisé de façon optimale. Les résultats de cette recherche ont tout de même illustré que certains utilisateurs de l'autocompassion peuvent en retirer des bénéfices dès leur première utilisation, telle qu'une augmentation de la bienveillance ainsi qu'une diminution du discours critique intérieur qu'ils pouvaient auparavant entretenir face à eux-mêmes par exemple.

### **8.1.3. Bienfaits de l'utilisation de l'autocompassion**

Les résultats de l'étude ont confirmé que l'utilisation de l'autocompassion par les ergothérapeutes travaillant en santé mentale est associée à plusieurs bienfaits. Au niveau personnel, l'autocompassion serait associée à une augmentation de la connexion à leurs émotions, de l'acceptation de soi et de leurs émotions, de la capacité à prendre soin de soi ainsi que du respect de leurs besoins et limites personnels. Ces bienfaits personnels engendreraient à leur tour des bienfaits au niveau professionnel, soit une augmentation du bien-être au travail ainsi qu'une augmentation de la qualité des interventions thérapeutiques.

L'ensemble des bienfaits relevés dans cette étude sont en accord avec les données récoltées dans la recension des écrits. Ils suggèrent donc que les bienfaits recensés pour les utilisateurs de l'autocompassion sont applicables aux ergothérapeutes travaillant en santé mentale qui utilisent cet outil à l'endroit d'eux-mêmes.

Les résultats concernant l'augmentation de la connexion à ses émotions, de l'acceptation de soi et de ses émotions ainsi que la bienveillance envers soi sont en accord avec les écrits de Benzo, Kirsch et Nelson (2017), Morgan, Simpson et Smith (2015), Stew (2011) ainsi que Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier et Singh (2017). Ceux-ci relevaient effectivement que les utilisateurs de l'autocompassion observaient une meilleure connexion avec eux-mêmes et leurs émotions ainsi qu'une meilleure connaissance d'eux-mêmes, en plus de faire preuve d'une plus grande confiance et de plus l'acceptation envers eux-mêmes. Ils rapportaient aussi que

l'autocompassion était reliée à une amélioration de la façon de prendre soin de soi, tout comme le suggèrent les résultats de cette étude.

En revanche, les études recensées n'avaient pas relevé particulièrement le fait que l'autocompassion augmente le respect des besoins et limites personnels des utilisateurs, tel qu'il a été observé dans cette présente étude. On peut par contre croire qu'il s'agit d'un bienfait qui est permis par l'augmentation la connexion à ses émotions ainsi que de l'acceptation de soi et de ses émotions, puisque le fait de respecter ses besoins et limites traduit le fait de s'écouter et de se respecter. Il s'agit d'un bienfait de l'autocompassion qui est rapporté comme étant extrêmement précieux aux yeux des ergothérapeutes cliniciens qui l'utilisent.

Dans un autre ordre d'idées, l'utilisation de l'autocompassion pourrait permettre le renforcement de l'identité professionnelle des ergothérapeutes qui l'utilisent. Effectivement, en respectant davantage leurs limites grâce à l'autocompassion, les ergothérapeutes pourraient être moins portés à effectuer des tâches qui ne sont pas propres à leur profession ou qui sortent de leur champ de compétence personnelle. Cela pourrait donc diminuer la fatigue émotionnelle qu'ils peuvent vivre en lien avec l'ambiguïté et la confusion de leur rôle professionnel (Brown, Schell & Pashniak, 2017). De la même façon, les ergothérapeutes qui respectent leurs limites personnelles vivront nécessairement moins de détresse et seront plus heureux dans leur emploi.

En ce sens, les bienfaits identifiés en lien avec l'augmentation du bien-être au travail sont aussi en accord avec les données recensés dans la littérature. En effet, un grand nombre d'auteurs mentionnent que l'autocompassion est reliée à une augmentation quant au bien-être ainsi qu'au bonheur chez les professionnels de la santé et à une augmentation significative de la satisfaction face à l'emploi (Benzo, Kirsch & Nelson, 2017; Boellinghaus, Jones & Hutton; 2012; Scarlet, Altmeyer, Knier & Harpin, 2017; Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017; Raab, 2014; Raab, Sogge, Parker & Flament, 2015). De la même façon, les résultats suggèrent que l'utilisation de l'autocompassion par les ergothérapeutes permet de réduire le stress vécu face à la pratique clinique, ce qui était relevé dans les écrits des articles recensés (Scarlet, Altmeyer, Knier & Harpin, 2017; Raab, 2014; Boellinghaus, Jones & Hutton; 2012; Raab, Sogge, Parker & Flament, 2015; Scarlet, Altmeyer, Knier & Harpin, 2017).

En outre, les résultats ont relevé que l'autocompassion contribuerait à augmenter la qualité des interventions ergothérapeutiques, ce qui concorde avec les données recensées. Effectivement, les participantes à l'étude mentionnaient que cet outil leur permettait d'être plus disponibles pour le client et d'avoir un meilleur accueil de sa souffrance. Cela concorde avec les résultats de l'étude de Boellinghaus, Jones et Hutton (2012) qui illustrent que l'utilisation de l'autocompassion permet une augmentation de la présence du thérapeute lors des discussions avec le client ainsi que de sa capacité à se concentrer sur l'expérience du client plutôt que ses propres émotions. Les résultats confirment aussi que l'utilisation de l'autocompassion augmente la compassion, la bienveillance ainsi que l'acceptation du client (Morgan, Simpson & Smith, 2015; Raab, 2014; Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier & Singh, 2017; Stew, 2011). Cela confirmerait donc que l'autocompassion contribue à l'établissement de meilleures relations thérapeutiques entre le client et l'ergothérapeute, comme le soulevaient les résultats de la revue systématique de Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bouchal, King-Shier et Singh (2017).

En somme, les différents bienfaits relevés dans les résultats de cette étude convergent avec les conséquences décrites par le Modèle conceptuel de l'autocompassion de Reyes (2012), tel qu'elles seraient appliquées aux ergothérapeutes cliniciens. Effectivement, les bienfaits personnels rapportés par les participantes sont comparables à la réponse émotionnelle positive relevée dans les attributs de l'autocompassion du modèle, soit le fait d'apprendre des échecs, d'avoir la motivation à continuer à avancer ainsi que d'augmenter la maîtrise de soi. On peut effectivement faire un parallèle entre la description de cette réponse émotionnelle positive à l'autocompassion et les bienfaits de connexion à ses émotions, d'acceptation de soi et de ses émotions, d'augmentation de la capacité à prendre soin de soi et de respect de ses besoins et limites qui ont été relevés dans cette étude.

De la même manière, les bienfaits professionnels relevés dans les résultats de l'étude s'apparentent aux conséquences illustrées par le modèle, soit l'augmentation de l'autonomie, l'augmentation de la capacité à prendre soin de soi, la compassion pour les autres, la connexion avec autrui ainsi que la mise en place d'actions dans le monde pour aider les autres. Effectivement, l'augmentation du bien-être au travail et l'augmentation de la qualité des interventions peuvent traduire ces conséquences.

## **8.2. Implication pour la pratique en ergothérapie**

La présente étude a permis de soulever un bon nombre d'enjeux émotionnels faisant partie intégrante de la pratique ergothérapique auprès d'une clientèle vivant avec des troubles de santé mentale. La charge émotionnelle reliée à ces enjeux pourrait contribuer à rendre ces professionnels de la santé vulnérables à la fatigue de compassion ainsi qu'à l'épuisement professionnel. C'est pour cette raison qu'il est important d'offrir aux ergothérapeutes des outils pertinents pour diminuer l'impact émotionnel de ces enjeux sur leur bien-être. Aussi, bien que cette étude ne le documente pas, il est raisonnable de croire que plusieurs de ces enjeux puissent s'appliquer aux ergothérapeutes travaillant auprès d'autres clientèles et qu'ils profiteraient également d'outils permettant de réduire la charge émotionnelle qu'ils vivent en lien avec leur pratique.

Cette étude met donc en évidence que l'autocompassion est un outil qui pourrait être pertinent dans une optique de prévention de l'épuisement professionnel puisque son utilisation apporte des bénéfices importants en lien avec la diminution de la charge émotionnelle et le stress que les ergothérapeutes peuvent vivre en lien avec leur pratique. Les résultats suggèrent d'ailleurs aussi que cet outil permettrait de rehausser la qualité des interventions ergothérapiques ainsi que d'augmenter le succès de celles-ci. Selon cette étude, l'utilisation de l'autocompassion par les ergothérapeutes travaillant en santé mentale pour eux-mêmes est donc à recommander étant donné les bienfaits qu'il peut avoir tant auprès du professionnel, du client ainsi que de l'offre des services de santé.

Cela étant dit, il semblerait très pertinent d'instaurer une formation à ce sujet dans le cursus universitaire des futurs ergothérapeutes. Une telle formation les outillerait davantage à prendre soin d'eux-mêmes et pourrait contribuer à leur épanouissement professionnel. Ainsi, comme le mentionnent Brown et Pashniak (2018) dans leur étude, il est absolument nécessaire que les ergothérapeutes présentent une bonne santé psychologique étant donné qu'ils travaillent auprès d'une population vulnérable qui est à risque de complications si les interventions offertes ne sont pas efficaces, sécuritaires et basées sur les données probantes.

L'autocompassion serait aussi un outil pertinent à enseigner aux futurs ergothérapeutes pour pallier aux insécurités que peuvent susciter les divers travaux d'introspections qu'ils sont amenés à faire durant leurs études. Effectivement, la formation universitaire des futurs



ergothérapeutes est structurée de façon à développer leur capacité d'introspection. Cette compétence permet de faire preuve d'un esprit critique face à sa propre pratique clinique et ainsi assurer le développement continu de ses compétences professionnelles, tel que l'illustre le Profil de la pratique des ergothérapeutes du Canada (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Cela dit, malgré ses multiples bienfaits, tout le travail d'introspection qui est demandé aux étudiants peut souvent engendrer du stress face aux faiblesses et aux inadéquations personnelles que celui-ci peut soulever. Pourtant, peu d'outils sont offerts aux étudiants pour diminuer l'insécurité personnelle que ce travail d'introspection et de développement de ces compétences peut susciter. De la même façon, il est enseigné aux étudiants qu'il faut éviter de se laisser toucher par la souffrance des clients, mais peu d'outils sont offerts aux étudiants pour les aider à y arriver.

Pour terminer, les étudiants universitaires en ergothérapie présentent un haut niveau de stress et d'anxiété de performance (Pfeifer, Kranz & Scoggin, 2008). Ainsi, vu les multiples bienfaits que l'autocompassion peut apporter pour faire face au stress, il s'agit d'un outil qui serait très pertinent pour les étudiants. D'ailleurs, l'étude de Stew (2011) effectuée auprès d'étudiants universitaires en ergothérapie a démontré que la pleine conscience, étant une des trois composantes de l'autocompassion, permettait non seulement de diminuer leur stress, mais aussi d'augmenter la concentration pour effectuer des travaux scolaires, d'avoir une meilleure présence avec les clients en stage, d'améliorer l'analyse d'activité et d'améliorer la gestion des émotions en milieu de stage. Pour toutes ces raisons, il serait extrêmement pertinent d'instaurer une formation d'initiation à l'autocompassion dans le cheminement universitaire des futurs ergothérapeutes.

### **8.3. Avenues pour la recherche**

Cette recherche a soulevé plusieurs questions qui pourraient guider de nouvelles recherches. D'abord, cette recherche a permis d'illustrer la complexité de l'utilisation de l'autocompassion. Il serait donc pertinent d'approfondir les connaissances en ce sens de façon à rendre cet outil plus accessible pour tous. Il pourrait aussi être pertinent de documenter les facilitateurs et les obstacles à l'intégration de cette pratique chez les professionnels de la santé. Ces connaissances pourraient permettre de trouver des pistes de solution visant à faciliter l'utilisation de l'autocompassion, soit par exemple en créant un guide de pratique à l'intention des professionnels de la santé.

Autrement, cette étude a permis d'identifier un bon nombre de sources de charge émotionnelle vécue par les ergothérapeutes travaillant en santé mentale. Par contre, ces défis gagneraient à être explorés davantage, soit par exemple auprès d'un plus grand nombre de participants ou encore auprès d'ergothérapeutes travaillant avec diverses clientèles. Cela permettrait de revendiquer l'accès à davantage d'outils pour diminuer le stress et prévenir l'épuisement professionnel.

Finalement, bien que plusieurs sources de charge émotionnelle vécues par les ergothérapeutes travaillant en santé mentale ont été relevées dans cette étude, les résultats ne permettent pas d'élaborer sur la façon dont les ergothérapeutes gèrent cette charge émotionnelle, à l'exception de l'utilisation de l'autocompassion. Par exemple, auraient-ils des capacités d'adaptation et de résilience leur permettant de bien vivre avec cette charge émotionnelle? Ont-ils d'autres outils ou stratégies pour diminuer l'impact des défis émotionnels qu'ils vivent sur leur bien-être? Ainsi, il serait pertinent de documenter si les ergothérapeutes travaillant en santé mentale utilisent d'autres outils, solutions, forces ou stratégies face à la charge émotionnelle qu'ils vivent en lien avec leur profession.

#### **8.4. Forces et limites de l'étude**

Cette étude présente plusieurs forces. D'abord, elle a permis de mieux connaître les défis concernant la charge émotionnelle vécue par les ergothérapeutes cliniciens travaillant avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale, de comprendre comment ils utilisent l'autocompassion pour eux-mêmes face à ceux-ci ainsi que d'explorer les bienfaits personnels et professionnels qu'ils en retirent. Elle a donc permis de mieux saisir la pertinence de l'utilisation de cet outil pour réduire la charge émotionnelle des professionnels de la santé.

Cette étude est très pertinente puisqu'elle aborde un sujet peu exploré, soit l'utilisation de l'autocompassion. Elle traite aussi d'une solution envisageable dans une optique de prévention de l'épuisement professionnel, une problématique qui est actuellement en très forte prévalence chez les travailleurs du système de la santé et des services sociaux (Association canadienne pour la santé mentale, 2017) et qui a de nombreux impacts négatifs au niveau personnel, professionnel et sociétal (Nguyen, 2016).

Autrement, la diversité quant à l'expérience clinique et l'expérience d'utilisation de l'autocompassion de l'ensemble des participantes a permis de bonifier les résultats. Cela a effectivement permis d'explorer une diversité de défis cliniques et de bienfaits reliés à l'autocompassion ainsi que de conceptualiser son utilisation de façon vulgarisée, mais juste. Aussi, la crédibilité des résultats a été rehaussée grâce à la participation de deux ergothérapeutes qui offrent elles-mêmes des formations sur l'autocompassion ainsi que sur la pleine conscience. Celles-ci ont effectivement pu me partager leur expertise et leur expérience avancée au sujet de l'autocompassion.

Cette étude présente aussi quelques limites. Étant donné que le projet s'inscrit dans le cadre d'un essai de maîtrise et pour des considérations de faisabilité, le nombre de participants était restreint. La saturation des données n'a donc pas été atteinte. Pour ces mêmes raisons ainsi qu'étant donné la complexité de l'autocompassion, la conceptualisation de son utilisation représente une esquisse et reste donc à parfaire. Aussi, étant une étude exploratoire et ayant été menée auprès d'un petit nombre d'ergothérapeutes travaillant dans un champ de pratique précis, sois en santé mentale, les résultats n'ont pas permis d'identifier l'ensemble des défis émotionnels qui peuvent être vécus par les ergothérapeutes cliniciens.

Finalement, le recrutement des participantes représente aussi une limite. Effectivement, pour participer à cette recherche, les participantes devaient travailler ou avoir travaillé au moins trois mois auprès d'une clientèle ayant des problèmes de santé mentale et avoir utilisé l'autocompassion pendant un minimum d'un mois pour eux-mêmes. On peut donc croire que les participantes qui ont porté un intérêt pour le projet étaient des personnes qui utilisaient déjà l'autocompassion et donc pour qui cet outil apportait d'emblée des bienfaits. Ainsi, il est possible que certaines participantes aient pu bonifier non intentionnellement les bienfaits reliés à son utilisation pour montrer son importance dans la pratique ergothérapique.

## 9. CONCLUSION

La charge émotionnelle inhérente à la pratique clinique des ergothérapeutes qui travaillent auprès d'une clientèle présentant des troubles de santé mentale pourrait les mettre à risque de vivre de l'épuisement professionnel. Pourtant, peu d'outils sont mis à leur disposition pour en réduire l'impact et prévenir l'épuisement professionnel. L'autocompassion a donc été identifiée comme étant un outil intéressant pour répondre à ce besoin, mais aucune étude n'avait auparavant exploré son utilisation par les ergothérapeutes. La présente recherche a donc permis d'explorer plus en profondeur l'utilisation de l'autocompassion par ces professionnels en répondant à ces trois questions de recherche : quels sont les défis et les sources de charge émotionnelle des ergothérapeutes cliniciens travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble de santé mentale? Comment les ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble de santé mentale utilisent-ils l'autocompassion ? Quels sont les bienfaits de l'autocompassion en regard de la charge émotionnelle des ergothérapeutes cliniciens travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble de santé mentale?

Ainsi, cette étude suggère que les ergothérapeutes travaillant en santé mentale vivent quotidiennement des défis émotionnels importants et que l'utilisation de l'autocompassion pour eux-mêmes serait associée à un bon nombre de bienfaits pouvant réduire cette charge émotionnelle. Effectivement, les résultats suggèrent que l'autocompassion permet d'augmenter la connexion aux émotions, l'acceptation de soi et de ses émotions, la capacité à prendre soin de soi ainsi que le respect de ses besoins et limites. Ainsi, ces bienfaits personnels permettraient à leur tour une augmentation du bien-être au travail ainsi qu'une augmentation de la qualité des interventions ergothérapiques.

En terminant, vu la pertinence de l'utilisation de l'autocompassion face à la gestion des défis émotionnels rencontrés dans la pratique ainsi que l'importance des conséquences du stress et de l'épuisement, cet outil s'avère être intéressant dans une optique de prévention de l'épuisement professionnel. Les résultats de cette étude soulèvent donc l'intérêt d'implanter une formation dans le cheminement universitaire des futurs ergothérapeutes de façon à les outiller à faire face aux défis qui les attendent et à optimiser leur épanouissement professionnel.

## RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa (ON) : CAOT publications ACE. Repéré à <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2016a). *Comment l'ergothérapie aide-t-elle?* Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE. Repéré à <https://www.caot.ca/site/aboutot/howOThelp?nav=sidebar>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2016b). *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE. Repéré à [https://www.caot.ca/site/aboutot/whatisot?language=fr\\_FR&nav=sidebar](https://www.caot.ca/site/aboutot/whatisot?language=fr_FR&nav=sidebar)
- Association canadienne pour la santé mentale. (2017). *La santé mentale de nos soignants nous préoccupe*. Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE. Repéré à <https://acsmmontreal.qc.ca/news/la-sante-mentale-de-nos-soignants-nous-preoccupe/>
- Balogun, J. A., Titiloye, V., Balogun, A., Oyeyemi, A., & Katz, J. (2002). Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists. *Journal of Allied Health, 31*(3), 131-139.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Batten, S. (2011). *Essentials of acceptance and commitment therapy*. Sage Publications. doi: <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.4135/9781446251843>
- Benzo, R. P., Kirsch, J. L., & Nelson, C. (2017). Compassion, mindfulness, and the happiness of healthcare workers. *Explore: The Journal of Science and Healing, 13*(3), 201-206.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2012). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness, 5*(2), 129-138.
- Boyle, D. A. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *The Online Journal of Issues in Nursing, 16*(1).
- Brown, C. A., & Pashniak, L. M. (2018). Psychological health and occupational therapists: Burnout, engagement and work addiction. *Work, 60*(4), 513-525.
- Brown, C. A., Schell, J., & Pashniak, L. M. (2017). Occupational therapists' experience of workplace fatigue: Issues and action. *Work, 57*(4), 517-527.

- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235-243.
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST). (2017). *Statistiques sur les lésions attribuables au stress en milieu de travail (2012-2015)*. Repéré à <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-321web.pdf>
- Craik, C., Austin, C., Chacksfield, J. D., Richards, G., & Schell, D. (1998). College of Occupational Therapists: Position paper on the way ahead for research, education and practice in mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(9), 390-392.
- Delgadillo, J., Saxon, D., & Barkham, M. (2018). Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. *Depression and anxiety*, 35(9), 844-850.
- Edwards, H., & Durette, D. (2010). The relationship between professional identity and burnout among occupational therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(2), 119-129.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New-York, NY: Taylor & Francis Group.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*, 3e édition. Montréal: Chenelière Éducation.
- Gendreau, F. (2009). *Concept du rétablissement en santé mentale : réflexions*. Repéré à [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Concept\\_de\\_retablissement\\_en\\_sante\\_mentale-reflexions\\_F\\_Gendreau.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Concept_de_retablissement_en_sante_mentale-reflexions_F_Gendreau.pdf)
- Germer, C. K. (2013). *Autocompassion (L') : Une méthode pour se libérer des pensées et des émotions qui nous font du mal*. Paris, FR : Odile Jacob.
- Hamilton, S., Tran, V., & Jamieson, J. (2016). Compassion fatigue in emergency medicine: the cost of caring. *Emergency Medicine Australasia*, 28(1), 100-103.
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary therapies in clinical practice*, 15(2), 61-66.
- Lyndon, A. (2016). Burnout among health professionals and its effect on patient safety. Agency of Healthcare Research and Quality. Repéré à <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/190/burnout-among-health-professionals-and-its-effect-on-patient-safety>

- Lloyd, C., & King, R. (2004). A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(9), 752-757.
- Lloyd, C., King, R., & Bassett, H. (2002). A survey of Australian mental health occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 88-96.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- McCloskey, S., & Taggart, L. (2010). How much compassion have I left? An exploration of occupational stress among children's palliative care nurses. *International journal of palliative nursing*, 16(5), 233-240.
- Miller, K. I., Stiff, J. B., & Ellis, B. H. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communications Monographs*, 55(3), 250-265.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Modèles généraux en ergothérapie. Dans M.-C. Morel-Bracq (Ed). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux* (2e ed., 222-231). Louvain-la-Neuve: DeBoeck Supérieur.
- Morgan, P., Simpson, J., & Smith, A. (2015). Health care workers' experiences of mindfulness training: a qualitative review. *Mindfulness*, 6(4), 744-758.
- Morse, J. M., Bottorff, J., Anderson, G., O'brien, B., & Solberg, S. (1992). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of advanced nursing*, 17(7), 809-821.
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Nguyen, S. (2016) *Cost of stress on the U.S. economy is \$300 billion: Says who?* Workplace Psychology. Repéré à <https://workplacepsychology.net/2016/07/04/cost-of-stress-on-the-u-s-economy-is-300-billion-says-who/>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2019). *Qu'est-ce que l'ergothérapie : La profession*. Repéré à <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). *Chroniques de l'ergothérapie : L'ergothérapie en santé mentale*. Repéré à <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-l-ergotherapie-en-sante-mentale.html>

- Painter, J., Akroyd, D., Elliot, S., & Adams, R. D. (2003). Burnout among occupational therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, 17(1), 63-78.
- Pfeifer, T. A., Kranz, P. L., & Scoggin, A. E. (2008). Perceived stress in occupational therapy students. *Occupational Therapy International*, 15(4), 221-231.
- Polatajko, H. J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhari, P., Harvey, A., ... Connor-Schisler, A. (2013). L'occupation humaine mise en contexte. Dans Townsner, E.A., Polatajko, H.J. & Cantin, N. (dir.), *Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., vol.1, p. 45-74). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *Journal of health care chaplaincy*, 20(3), 95-108.
- Raab, K., Sogge, K., Parker, N., & Flament, M. F. (2015). Mindfulness-based stress reduction and self-compassion among mental healthcare professionals: a pilot study. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(6), 503-512.
- Reyes, D. (2012). Self-compassion: A concept analysis. *Journal of holistic nursing*, 30(2), 81-89.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & de Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one*, 12(10), e0185781.
- Scarlet, J., Altmeyer, N., Knier, S., & Harpin, R. E. (2017). The effects of Compassion Cultivation Training (CCT) on health-care workers. *Clinical Psychologist*, 21(2), 116-124.
- Schlenz, K. C., Guthrie, M. R., & Dudgeon, B. (1995). Burnout in occupational therapists and physical therapists working in head injury rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 986-993.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*, 136(5), 358-367.
- Sharma, P., Davey, A., Davey, S., Shukla, A., Shrivastava, K., & Bansal, R. (2014). Occupational stress among staff nurses: Controlling the risk to health. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 18(2), 52.
- Sinclair, S., Kondejewski, J., Raffin-Bouchal, S., King-Shier, K. M., & Singh, P. (2017). Can self-compassion promote healthcare provider well-being and compassionate care to others? Results of a systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(2), 168-206.



- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International journal of nursing studies*, 69, 9-24.
- Stew, G. (2011). Mindfulness training for occupational therapy students. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(6), 269-276.
- Tackett, S. (2018). Stigma and well-being among health care professionals. *Medical education*, 52(7), 683-685.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care*, 42(2 Suppl), II57.
- Ventura, M., Salanova, M., & Llorens, S. (2015). Professional self-efficacy as a predictor of burnout and engagement: The role of challenge and hindrance demands. *The Journal of Psychology*, 149(3), 277-302.
- Vézina, M., Bourbonnais, P., Marchand, A., & Arcand, R. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec (CA). Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec.
- Wilkins, K. (2007). Work stress among health care providers. *Health Reports*, 18(4), 82-003.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16(5), 527-545.

## **ANNEXE A**

### **COMMUNIQUÉ POUR LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS**

#### **AUTO-COMPASSION**

Je suis étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'UQTR et je vous contacte aujourd'hui dans le but de vous inviter à participer à mon projet de fin d'études. Mon essai a pour but d'explorer le concept de l'autocompassion, son utilisation et ses bénéfices pour les ergothérapeutes cliniciens travaillant avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale. Votre participation impliquerait une entrevue en personne, via Skype ou par téléphone d'une durée pouvant varier entre 50 à 90 minutes.

Les critères de sélection sont les suivants :

- Avoir minimalement 3 mois d'expérience en tant qu'ergothérapeute travaillant avec une clientèle ayant des problématiques de santé mentale;
- Avoir utilisé l'autocompassion pendant un minimum de 1 mois pour soi-même dans le cadre de sa pratique clinique auprès d'une clientèle ayant des problématiques de santé mentale;
- Être en mesure de participer à une entrevue en français

Cette recherche a obtenu l'approbation éthique et détient un certificat portant le numéro CER-19-254-07.09.

Si vous êtes intéressé par ce projet ou si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter par courriel à [chloe.valade@uqtr.ca](mailto:chloe.valade@uqtr.ca)

En vous remerciant grandement à l'avance pour votre précieuse collaboration!

## ANNEXE B

### CANEVAS D'ENTREVUE

1. Pouvez-vous me décrire votre pratique clinique?
  - a. Clientèle
  - b. Niveau d'expérience
  - c. Tâches principales
  - d. Charge émotionnelle
    - i. Principaux défis
    - ii. Émotions vécues
2. Comment décrivez-vous le concept de l'autocompassion?
3. Comment avez-vous découvert l'autocompassion?
  - a. Bouche-à-oreille?
  - b. Formations reçues?
  - c. Lectures?
4. Y a-t-il un élément déclencheur qui vous a mené vers la découverte de l'autocompassion?  
(Ex : épuisement)
5. De quelle façon est-ce que vous vous êtes fait enseigner l'autocompassion?
6. Comment utilisez-vous l'autocompassion concrètement?
  - a. Clients hostiles
  - b. Clients présentant de la détresse
  - c. Relations thérapeutiques
7. Comment est-ce que l'autocompassion influence votre pratique clinique?
8. Comment est-ce que l'autocompassion vous aide à gérer les émotions vécues en lien avec votre pratique clinique?
9. Avez-vous observé des changements dans la vision que vous avez de vous-même depuis l'utilisation de l'autocompassion? Ou dans votre façon de réagir aux situations?
  - a. Émotionnellement
  - b. Cognitivement (attention, concentration...)
  - c. Physiquement (manger + ou -, gain ou perte de poids, se ronger les ongles...)
10. Croyez-vous qu'il serait utile d'introduire une formation sur l'autocompassion dans le cheminement universitaire des futurs ergothérapeutes?
  - a. Pourquoi?
  - b. À quel moment de la formation?
  - c. Comment l'enseigner (pistes)?

## ANNEXE C

### CERTIFICAT ÉTHIQUE



#### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** L'auto-compassion : Exploration de son utilisation et de ses bénéfices pour les ergothérapeutes cliniciens travaillant avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale

**Chercheur(s) :** Chloé Valade  
Département d'ergothérapie

**Organisme(s) :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CER-19-254-07.09

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 14 mars 2019 au 14 mars 2020

**En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :**

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell  
Président du comité

Fanny Longpré  
Secrétaire du comité

*Décanat de la recherche et de la création*

**Date d'émission :** 14 mars 2019

## ANNEXE D

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

<b>Titre du projet de recherche :</b>	L'auto-compassion : Exploration de son utilisation et de ses bénéfices pour les ergothérapeutes cliniciens travaillant avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale
<b>Mené par :</b>	Chloé Valade, étudiante au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières
<b>Sous la direction de :</b>	Lyne Desrosiers, professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières

#### Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre le concept de l'auto-compassion, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

#### Objectifs et résumé du projet de recherche

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- 1) Comprendre comment est utilisé l'auto-compassion par les ergothérapeutes cliniciens travaillant avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale;
- 2) Explorer les bienfaits que les ergothérapeutes en retirent face à la charge émotionnelle vécue en lien avec leur pratique clinique auprès d'une clientèle présentant des troubles de santé mentale.

#### Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à prendre part à une entrevue semi-structurée d'une durée pouvant varier entre 50 à 90 minutes. L'entrevue se fera en personne, via Skype ou par téléphone et sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone. Les entrevues auront lieu entre les mois de Mars et Mai 2019. Le moment choisis sera celui qui vous conviendra.



### **Risques et inconvénients**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit d'environ 60 à 90 minutes, constitue le seul inconvénient.

### **Avantages ou bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'auto-compassion est le seul bénéfice prévu à votre participation.

### **Compensation ou incitatif**

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'anonymisation des verbatims. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de projet d'intégration de fin de Maîtrise, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront Chloé Valade et Lyne Desrosiers. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites en Décembre 2019 par une suppression des fichiers numériques et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Dans le cas où vous désireriez retirer votre participation à l'étude, fichiers audios et/ou numériques vous concernant seront supprimés.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Chloé Valade via son e-mail ([chloe.valade@uqtr.ca](mailto:chloe.valade@uqtr.ca)).

### **Surveillance des aspects éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [no de certificat] a été émis le [date d'émission].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).



## CONSENTEMENT

### Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Chloé Valade, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

### Consentement du participant

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *L'auto-compassion : Exploration de son utilisation et de ses bénéfices pour les ergothérapeutes cliniciens travaillant avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

☐ Je consens à être enregistré.

### J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

### Résultats de la recherche

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant le 15 Décembre 2019. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne :

Adresse : \_\_\_\_\_

Si cette adresse venait à changer, il vous faudra en informer le chercheur.